

ПРОСТРАНСТВО И ВРЕМЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО СЕАНСА

СТИЛИСТИКА ЛЕЧЕБНОГО ПОРТРЕТА *

Г. НАЗЛОЯН

*"Сущностное свойство времени – творить
себя и никогда не быть вполне конституиро-
ванным".
(Merleau-Ponty, 1945, p.474).*

Портретная психотерапия.

Метод портретной психотерапии, который будет здесь обсуждаться, предопределил формирование целого комплекса способов и приемов лечения душевнобольных. ** В структуре данной терапии соединились, с одной стороны, диагностические и этические принципы клинической психиатрии, а с другой – механизмы реализации художественного творчества. Клинический анализ и клиническая беседа (так называемая медицинская психотерапия) были перенесены в сферу взаимоотношений художника и модели.

Идеи К.Ясперса о необходимости “вживания”, “вчувствования” в суть переживаний больного, непосредственного созерцания его “души” воплотились в этих условиях в реальные формы. Терапевтический контакт с больным приобрел предметные очертания. В качестве предмета выступает становящееся во времени произведение искусства, цель которого – материализация зеркального облика пациента.

Работу над скульптурным портретом проводят дипломированные врачи, свободно пользующиеся навыками изобразительного искусства. Явление такого двойного профессионализма изучает так называемая *кентавристи-*

* Редакция приносит извинение за ошибку, допущенную в предыдущей публикации Г.Назляна “Очерк современного состояния практической психиатрии” (МПЖ, № 3, 2000, с.21): обозначенная автором в русском алфавите аббревиатура “ЭСТ” вместо “электро-шоковой терапии” была ошибочно расшифрована как “эмоционально-стрессовая терапия”.

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

ка – наука о сочетаемости традиционно не сочетаемых областей знания. Известный исследователь данной проблемы науковед Д.С.Данин в своих лекциях (Данин, 1997) уделяет особое внимание случаям “двойного подданства” в искусстве или в науке, называя людей, относящихся к подобной категории специалистов, *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 в подлинном смысле слова слияние науки и искусства и создать модус существования на границе этих столь не схожих областей человеческой деятельности*.

Другой особенностью наших техник является то, что они применяются в плоскости разработанной нами *концепции патологического одиночества*. Содержание данной концепции подробно излагалось в ряде публикаций (Назлоян, 1994; 2000). Здесь отмечу лишь, что и самый метод портретной психотерапии, и характер отношений врача и психотерапевта с больным и его опекунами, и специфические реабилитационные мероприятия возникли на пути преодоления аутистических нарушений.

Метод скульптурной психотерапии сначала проводился в поддержку лекарственной терапии, как некий альтернативный способ ведения клинической беседы. Однако уже на первых сеансах были зафиксированы достаточно неожиданные психотерапевтические явления. Со временем на их основе были выработаны новые подходы и способы лечения душевнобольных**. Проведем некоторые параллели с общепринятыми принципами психотерапии.

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. Как личность он может выступать полноценным соучастником лечебного процесса, чего, повторим, нельзя сказать о психотике (заслуга представителей психодинамического, аналитического, феноменологического и других направлений заключается, в частности, в постановке проблемы личности в психиатрии). Однако клиницисты, как и врачи-психотерапевты, и в том и в другом случае идут од-

* Примерно ту же мысль несколько лет назад высказал мой научный руководитель профессор М.Г.Ярошевский: “Созданный метод созрел в условиях неопределенности и риска на стыке науки и искусства” (Ярошевский, 1994, с. 73). В 1978г., занимаясь проблемами психологии творчества, я стоял перед выбором между умозрительным построением системы доказательств формирующейся теоретической концепции или же ее практической реализацией. Я продолжил поиски в условиях реальной клинической практики, поступив на работу в загородную психиатрическую больницу.

** Этот момент, в частности, отмечали М.Г.Ярошевский и А.И.Липкина, приписывая автору открытие “одной из психотерапий” (Ярошевский М.Г., Липкина А.И., 1989, с.11).

ним и тем же общим путем – выискивают, шифруют, упорядочивают симптомы психического заболевания. Психотические и невротические расстройства обычно заносятся в списки, имеющие определенную структуру. В этом 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.

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. Лечение феномена патологического одиночества (единственного из известных нам патологических признаков, который охватывает и психическое и телесное “я” пациента) во многом трансформировало образ нашего профессионального мышления. В частности, привело к убеждению, что личностный подход к диагностике и лечению психических расстройств в полной мере осуществим только на границе искусства и науки, арт- и психотерапии. Лишь благодаря такому слиянию удастся фиксировать универсальные, особенные и индивидуальные свойства человека.

Камнем преткновения для традиционных техник психотерапии оказывается *сопротивление* психотиков (“недоступность”, “сторожевой пункт”). В портретной психотерапии оно, как правило, успешно преодолевается. Преодоление сопротивления в классических школах преследует цель выявить скрытые планы психического, найти патологические знаки, требующие расшифровки и нуждающиеся в последующем глубоком лекарственном или словесном воздействии. Для нас же в каком-то смысле гораздо важнее сам факт преодоления сопротивления. Он символизирует возникновение диалога с больным, что и является самоцелью и чем, порой, исчерпывается лечебный процесс. Вот конкретный пример.

Роман Д., 1973 года рождения, сын сельского учителя. Высокий, нескладный молодой человек, с длинными конечностями и небольшой головой. В седьмом классе стал все чаще замыкаться. Тогда же возникли ощутимые трудности в учебе, ухудшилась память, перестал воспринимать новое. Появилась “жалость к себе”, однажды плакал над своей судьбой. В голове юноши сложилась, быстро укоренившись, идея жесткой детерминации человеческого существования. “Если все подчинено законам природы, то и само существование не имеет смысла...”. Обращался к учительнице химии с просьбой открыть ему формулу синиль-

ной 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 крайне возбужденного поведения сына, которое не укладывалось ни в какие представления о норме. Помимо криков и беспорядочной агрессии, матери запомнились учащенное дыхание, “вытаращенные” глаза, общий тремор. Затем сын внезапно почувствовал полный упадок сил, сопровождающийся странным явлением “переливов в голове”. После этого припадка стал избегать всякого общения, прекратил посещать школу. Его уже не покидало ощущение, что он сходит с ума, и перед лицом надвигающегося безумия он создавал для себя множество причудливых ритуалов, призванных защитить остатки здравомыслия.

Вскоре Роман 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 в глаза бросались прикрывавшие лоб и виски длинные прямые волосы пациента; голова, втянутая в плечи, с наклоном вперед; руки в карманах и явное нежелание приблизиться на расстояние, удобное для беседы. За долгий год Роман Д. не сказал ни одного слова; он не здоровался и не прощался; придя на сеанс, садился неизменно на расстоянии, совершенно не удобном 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, кое-какие скрытые от постороннего взгляда перемены появились: мать сообщала, что дома Роман стал меньше терроризировать родных, сократилось количество “экранов”, перестал прицеплять свою ногу на ночь к паровому отоплению, не запрещал включать электрические приборы, отказался от суровой и несуровой диеты.

Финал наступил на четвертом этапе лечения, когда при завершении портрета Роман Д. сделал активные попытки вступить в разговор с лечащим врачом. Сеанс был прерван и возобновлен на следующий день. Перед началом сеанса пациента вместе с матерью пригласили 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 обстоятельства, которые скрывал даже от матери.

После завершения курса лечения Роман Д. экстерном сдал на “отлично” выпускные экзамены, получил аттестат зрелости, однако продолжать учебу не стал, решив в течение года поработать.

Еще одна отличительная черта традиционных подходов заключается в их недостаточной, на наш взгляд, радикальности. В терапии присутствуют ее начало, продвижение, но сплошь и рядом размытым оказывается конец. Представители психоанализа, а в некоторых случаях и медицинской психотерапии, например, допускают возможность неограниченного количества встреч врача и пациента.

Когда закончится лечение, когда, наконец, оборвется зависимость от врача? Этот невысказанный вопрос, которым терзаются родственники больного, да и сам больной, скрыто присутствует на каждом врачебном приеме, ибо временное облегчение состояния пациента, всего лишь относительное снижение амплитуды патологического напряжения не решают проблем его социализации.

Обычно на вопрос опекунов о сроках лечения мы отвечаем: когда закончится портрет. Они принимают наш критерий как условие не только начала работы, но и 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, 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, 1994, с.9). Эти условия диктуются 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, что немаловажно в психотерапии, позитивные ожидания.

Выделение здорового и больного начал (требование, увы, давно уже забытое в клинической психиатрии и остающееся “по ту сторону” определе-

ния диагноза) – главный принцип лечения рассматриваемым методом. Портрет, как считает семиотик Т.В.Цивьян (устное сообщение), – *место*, куда уходит болезнь (ср. архаические представления: болезнь уходит в море, камень или дерево, в неестественное существо и т. п.). Так это и воспринимается и врачом, и пациентом. При этом последний все-таки не знает, куда уйдет болезнь, а врач знает. Если портрет является местом “изгнания” недуга, то возникает необходимость осознать идею *пути*, которая постепенно воплощается в изготовлении трехмерной скульптуры.

Однако портрет – не только место, куда уходит болезнь. В человеческом плане место пребывания рядом с портретом есть социальная ниша, которую душевнобольной в реальной жизни уже утратил или еще не нашел. “Я был не тенью, – говорил о себе в этой связи Андрей Ш., – а тенью теней”. Он обратился к нам с просьбой вернуть ему *лицо*, т.е. утраченный профессиональный статус (а по профессии Андрей – архитектор), свою роль в семье, в обществе.

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, чтобы сесть на предназначенное ему место у мольберта. Так ведет себя человек, имеющий достаточно прочные социальные связи. Врач как художник считает, что лицо пациента в этот момент становится особенно интересным и значительным, а встречу с ним расценивает как важное событие в своей профессиональной жизни.

Вместе с тем, процесс создания портрета в период болезни, вырвавшей пациента из потока жизни, – это едва ли не единственная реальность в ирреальном для него 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 систему отношений, обеспечивающую его духовное существование во внешней среде. Попытаемся подтвердить данное положение, используя временные и пространственные характеристики психотерапевтического сеанса.

Но прежде прочитаем стихи Марины Р., которой в стационаре был поставлен диагноз: шизофрения.

*“Где была я в те дни? Я исчезла, исчезла...
Целый день и всю ночь колотилось в виски.*

* Отсюда интуитивно выдвинутый в самом начале нашей практики принцип, провозглашающий невозможность второго портрета в случае неудачи, например, при повторном обращении пациента. Вторая и последующие копии теряют лечебную силу, они лишь трата пластического материала.

*Между прошлым и будущим, землю и небом
Кто-то страшный зажал меня в злые тиски...
Как теперь буду жить? Все на части расколото.
Куски времени мне воедино не слить..."*

В этом стихотворении отражено состояние, приводящее человека к экстраординарным, агрессивным и аутоагрессивным поступкам. Марина 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 ("целый день и всю ночь колотилось в виски..."), то распадается, вызывая мучительное ощущение расколотости пространства и безвременья ("куски времени мне воедино не слить")*. Хотя эти категории отражают разные стороны одного явления, для удобства изложения рассмотрим их по порядку.

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 не вполне уместными по отношению к потерявшему внешние связи пациенту ("Для меня время остановилось, – говорил Андрей Ш., – я как *сломанные часы*")**. .

Строгий регламент в стационаре приводит к излишней рационализации терапевтического процесса, а в ряде случаев создает атмосферу, близкую к казарменной. Здесь можно усмотреть и элементы скрытого насилия над больными. Определенный порядок, видимо, необходим, но, скажем, даже обусловленное режимом прерывание беседы на приеме кажется весьма неуместным. А назначение трехразового приема нейролептиков, без учета разной длительности их полураспада в организме, граничит с бессмысленностью.

"*Выскальзывание*" из-под пресса *измеряемого времени* в многообразных формах проявляется в стационаре. Терроризируемые часовым временем больные отказываются от приема лекарств и пищи, часто обращаются с просьбой о выписке, замышляют побеги, в поведении некоторых из них

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

** Разработанный нами тест "пространственно-временных нарушений", который в настоящей статье не нашел места, подтверждает это утверждение. Цель указанного теста – обнаружить в ходе проведения с пациентами пластической ритмики присущие больному тонкие пространственно-временные нарушения. Здесь расстройства координации рассматриваются как имеющие отношение к пространственным расстройствам, а несоответствие пластических движений музыкальному ритму – к временным.

отмечаются суицидальные мотивы. В психотерапевтическом кабинете они сопротивляются попыткам врача внушить им целесообразные формулы, которыми следует руководствоваться в поведении, или анализировать их сокровенные переживания. Эти проблемы мы пытаемся решать, практикуя в ходе клинической беседы и психотерапевтических сеансов, а также в назначении лекарств более мягкие, компромиссные формы временного контроля*.

Необоснованным и нецелесообразным представляется нам и жесткое ограничение длительности психотерапевтических сеансов, которое принципиально отстаивается в разных школах психоанализа. Разумеется, мы не вправе навязывать авторитетнейшим психотерапевтическим школам собственные правила и, если и касаемся вопроса временных рамок сеанса, то лишь в порядке полемики. С этой оговоркой замечу, что даже та жесткость, с которой психоаналитик назначает начало сеанса, выбирая не самое удобное для пациента время суток, кажется нам чем-то искусственным и чрезмерным**. И поэтому на протяжении уже многих лет, уславливаясь с пациентами о встрече, мы стараемся подыскать оптимальное для каждого из них время. В условиях стационара создается нечто вроде "коридора времени" и для врачей и для пациентов. Ради того, чтобы преодолеть отрицательные последствия, которые создаются из-за пресса регламента, мы проводим даже ночные сеансы (например, для пациентов с нарушенным сном), когда внешние раздражители сведены к минимуму и клиническая беседа достигает необходимой концентрации. Реальная продолжительность контакта создает, таким образом, чувство безграничного общения, иллюзию пройденной вместе с больным жизни.

Портретное время. Портретный метод привносит в терапевтическую среду моменты органичного для художественных мастерских игнорирования измеряемого минутами и часами времени. Как и в мастерской художника, в мастерской психотерапевта время сеансов строго не отсчитывается. Дискретность сохраняется и здесь, она создается сменой одного сеанса другим (к этой важной проблеме мы еще вернемся). Но самая возможность не следовать заранее установленным временным рамкам награждает и пациента и психотерапевта иллюзией бесконечности в общении. Если же все-таки взглянуть на часы, то окажется, что равноценные по лечебному

* На интенсивных амбулаторных приемах в течение ряда лет мы наблюдали следующую закономерность. Когда врач ограничивал время приема, опекуны и пациенты проявляли скрытую агрессию. Они либо уходили с чувством невыговоренности и недовольства, либо стремились завязать регламент. Но стоило врачу на приеме сказать, что он куда не спешит и может слушать больного "до утра", беседа становилась неожиданно лаконичной, сводясь к самому "существу", а посетители выходили из кабинета с улыбкой на лице.

** Профессор Р. Брока в Париже пригласил меня на дружескую встречу в 6 (!) часов утра, а в это время на кушетке полулежал сонный пациент лет сорока. Как оказалось, время планового приема психотерапевт назначил по собственному усмотрению.

эффекту сеансы могут длиться от нескольких минут до нескольких часов. Как и в любой творческой мастерской, здесь проявляется *времяобразующая функция* создаваемого портрета.

Портретное время, отличаясь от часового количественно (разметка интервалов – от сеанса к сеансу или от этапа к этапу), качеством протекания не отличается, то есть не является архаичным. Оно вытекает из конвенционального (часового) времени (начало портрета) и возвращается туда же (конец портрета); оно имеет все известные свойства времени: направленность, необратимость, амбивалентность, но при этом подчинено интуиции. Интервалы, например, улавливаются интуитивно (как известно, существует “интуиция времени” – В.Гигерич). У врача-портретиста должна быть развита интуиция направленности времени*. Таким образом, промежуток между началом и завершением работы над портретом исчисляется днями, месяцами, годами, а собственно процесс лечения – количеством сеансов, этапов. Другими словами, развивающийся дискретно портрет – это и есть “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 в пластической массе скульптурного материала, он там присутствует изначально. Характерно, что все без исключения пациенты идентифицируют себя с этой первоначальной формой. Они олицетворяют пластическую массу, весьма еще далекую от какого-либо сходства с их образом, называя ее “Я”. Больной в поисках портрета говорит: “Ну, где я?”, или во время работы над портретом: “Не колите меня”. В своем анализе работы над портретом 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.9).

Однажды по окончании работы над скульптурой портрет нашей пациентки Светланы М. написал талантливый художник-портретист. Светлане эта работа так понравилась, что она стала просить художника подарить или продать ей портрет. Самолюбие врача было слегка задето, и он спросил ее о своей работе. Пациентка удивилась, даже немного растерялась, и

* Заметим, что в клинической практике в разнообразных ее проявлениях врач руководствуется и разным чувством времени. Интуиция направленного времени доминирует, когда он ставит диагноз и строит прогнозы, а интуиция циклического времени, когда лечит, воспринимая при этом текущие расстройства как однообразно повторяющиеся симптомы и явления (обострение, рецидив). Своя интуиция доминирует и у родственников больных. При малейшей неадекватности пациента они говорят: “Все вернулось. Он такой же, как десять лет назад, перед первой госпитализацией”.

убежденно ответила: “Какое же может быть сравнение с нашим портретом? То, что мы сделали из пластилина, – это же Я!”.

Художник-портретист создает портрет таким, каким тот рисуется в его воображении. Как правило, у него всегда есть творческая идея и, движимый пафосом этой идеи, он стремится воплотить ее в образе модели. К тому же, художник должен придерживаться определенной эстетической концепции, обладать собственным стилем и примыкать к группе, цеху единомышленников, которых объединяет общая философия творчества и правила, порой, весьма строгие. Конечный результат для профессионального художника важнее всего. Поэтому он целиком устремлен в будущее. Вспомним, как важно было Леонардо или Дюреру найти хороший лак перед началом работы, когда эстетический замысел даже еще не сложился. Как говорят художники, портрет должен “пожить”, прежде чем над ним развернется работа. А когда Пикассо осмелились упрекнуть в портретном несходстве одного из его творений, он ответил, что модель станет такой через годы.

Напротив, безыскусность и полное отсутствие эстетического замысла – основа психотерапевтического портрета. Именно это условие позволяет врачу детально изучать переживания пациента; *процесс творчества* для него важнее, чем его итог. Некоторые портреты, будучи весьма удачными, с точки зрения эстетических критериев, выполнив свою терапевтическую функцию, перестают интересовать врача как скульптора, а многие так и не переводятся в твердый материал. Для врача-скульптора не менее важны, чем лепка, концепция, прогнозы, описание, документирование лечебного процесса в форме дневников, фотографий и видео. Потому он работает в мягком материале, “совершенно невозможном” для профессиональной скульптуры, – пластилине. Кстати, невозможным он считается “не только в силу своей 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).

Рождение портретного времени. Врач-скульптор восстанавливает утраченного пациентом “зеркального двойника” путем снятия лишнего, как будто этот образ находится внутри пластилинового яйца (его работа подобна реконструкции). 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, их соединению и разъединению в настоящем, путем свертывания и развертывания пластического субстрата, снятия одного слоя за другим рождается *портретное время*, возникает *течение* времени и, собственно, осуществляется портретная психотерапия. “Когда человек перестает любить, – говорил Андрей Ш., –

он “окукливается”, замирает, а когда к нему приходит любовь, осознается связь, он идет к красоте, ощущает вкус времени”.

Продвигаясь в русле времени, врачу приходится следовать за постоянно меняющимся выражением лица пациента, повторять в мягком материале метаморфозы его состояний, пока, наконец, не будет достигнута некая стабильность его образа и состояния. Вначале он движется рядом с больным, затем подходит к нему все ближе, наконец, как бы сливается с ним, опираясь на то здоровое начало, которое в нем живо. Прохождение этого пути и есть лечение. Поэтому работу художника-врача мы расцениваем как творческий *процесс*, состоящий из множества мгновений творчества, а не творческий *акт* (больные часто говорят друг другу: “пойду лепиться”, “ты уже лепилась?”, “полепите меня, что-то голова болит”, – такого не услышишь в мастерской художника). Но, оставаясь прежде всего врачом, описать динамику текущего состояния “модели” скульптор должен в клинических терминах.

Когда портрет признается готовым, то есть обретает, по мнению участников процесса, сходство с оригиналом, *время портрета*, вливаясь в часовое, приобретает свойство ретроспективного, а сам больной в силу возвращения ему чувства внутренней идентичности и состояния адекватности может претендовать на место в обществе. То, насколько знаменателен этот прорыв “затаенного дыхания” и для врачей, и для наших пациентов, мы опишем в статье о катарсисе*.

Пространство психотерапии.

Пространство психотерапии, как известно, должно обеспечивать сохранение тайны между врачом и пациентом. Это условие легко, почти автоматически, соблюдается при лечении неврозов: пациентам достаточно знать, что дверь в кабинет с кушеткой или в гипнотарий закрыта, а врач – дипломирован, значит, дал слово о неразглашении приватной информации. Другое дело – в работе с психотиками. Даже “за семью замками” пациенту нетрудно заподозрить наличие встроенного микрофона или видеокамеры и даже телепатическую связь доктора с инопланетянами. А больные, которым якобы “имплантировали” датчик прямо в мозг, ни при каких обстоятельствах не будут вести откровенный диалог с врачом.

Но если и самые опытные сотрудники, стараясь склонить больного к истинно доверительной беседе, в кабинетной обстановке терпят неудачу, то

* Катарсис в данном случае – не метафора. После окончания сеанса врач-портретист уходит в свою комнату, падает в кресло, глубоко и учащенно дышит, как после долгой задержки дыхания. Выражение его лица в этот момент, отрешенное, взгляд отсутствующий. Если к нему обратиться, вряд ли онотреагирует, во всяком случае, сразу сориентироваться не сможет.

во время работы над портретом это неизменно удается даже стажерам. Причин тому немало. Пока же остановимся лишь на одной, внешней.

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 – себя на фоне уличного пейзажа. Непременный атрибут мастерской – мольберт с установленным на нем скульптурным портретом.

Мировое яйцо. Работа над скульптурным портретом начинается сразу вслед за детальным обследованием пациента и завершением интервью “Зеркальные переживания”. Из художественного пластилина на доске заранее изготовлена полукруглая масса, которая и устанавливается на мольберт*. Такая форма архетипична. Она символизирует акт рождения, возрождения, “мировое яйцо”.

Вот что пишет один из очевидцев психотерапевтического сеанса о своих впечатлениях.

“У стены стоял пациент, обращенный к скульптору-врачу в профиль. В течение часа Назлоян (*ред.*: далее вместо полной фамилии указывается начальная буква: *Н.*), почти не глядя на него и почти с ним не разговаривая, делал пластическую заготовку для его портрета, то есть 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 безусловно ровную поверхность. И в момент кульминации этого неосязаемого напряжения доктор, неожиданно резко прервав сеанс, сказал: “Вот из этого и начнет выходить все”. И вдруг стало ясно, что представляет это и почему оно вызывает такое внутреннее волнение. “Это” представляло собой идеальное по форме яйцо, то мировое яйцо, которое плавало в волнах мирового океана и которое дало жизнь миру. Это – скульптурное воплощение того начала, тех истоков, которое сохраняет

* Первые десять лет мы лепили из глины овальные скульптуры, то есть материал выбирался из полного по форме яйца. Потом перешли к полуовальным, более удобным для формования скульптурам. Однако время от времени, по желанию пациента, мы возвращаемся к овальной форме.

человеку его пренатальная память. Это начало, из которого Н. извлекает лик и личность человека, чтобы возвратить его в истинную и предназначенную ему жизнь” (Цивьян, 1994, с.11).

Однако для нас не менее важно то обстоятельство, что яйцо, быть может, самая обособленная – *аутичная* – форма жизни. Иными словами, врач-скульптор пластически определяет проблему одиночества. Он может не один час работать над этой формой, аккумулируя ожидание и надежды пациента и готовя себя к преодолению его недуга.

Обычно пациент садится рядом с мольбертом – то справа, то слева от врача. Формируется триада: пациент – его “двойник” – врач. В этой трюичной структуре, возникшей некогда случайно, коренится принципиальная особенность нашей психотерапии, позволяющая преодолеть тоталитарный образ лечащего врача, о чем более подробно мы будем говорить в другом месте.

Структура портретного пространства. Пространство вокруг этой изменяющейся во времени триады – открытое: открыты двери, присутствуют свои и чужие, случайные люди. Это своего рода модель мира (с множеством обращенных друг к другу зеркал), что коренным образом отличает наше помещение и от мастерской художника, и от кабинета психотерапевта. Но в этом большом открытом пространстве содержится еще одно, отгороженное от окружающих непроницаемой стеной и способное менять свои размеры, – портретное пространство. Как и портретное время, оно сугубо персонально, ввиду взаимной идентификации больного и врача посредством портрета.

Структуру этого пространства можно описать с помощью следующего примера. Представим себе мастерскую художника, где он работает один на один со своей моделью. В этом случае 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 он пытается переступить некую гипотетическую, но четко воспринимаемую и 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 наличия такой пластичной и, главное, непроницаемой стены, отгораживающей зону творчества от внешнего мира, – защита ее границ со стороны как художника, так и модели. Больные тяжело реагируют, когда их опекуны подходят слишком близко к портрету во время сеанса. Примерно так же реагирует и врач, если кто-то из сотрудников,

допустим, приносит ему телефон^{*}. Вот почему на сеансах психотерапии допускается присутствие других людей, даже посторонних: когда они стоят на почтительном расстоянии от оберегаемой непосредственными участниками процесса зоны творчества, их присутствие – не помеха.

Пространство и время. Есть много свидетельств о сохранении атмосферы конфиденциальности в указанных обстоятельствах. Во-первых, больные в присутствии посторонних относительно свободно говорят о том, что скрывали многие годы. Некоторые сообщают сведения, компрометирующие их самих и близких, – при других обстоятельствах подобные признания могли бы привести к тяжелым последствиям, вплоть до самоубийства. Во-вторых, сообщая столь рискованные вещи, пациенты не меняются в лице, сохраняют тон обычной беседы. В третьих, выслушав за многие годы сотни признаний, мы не замечали реакции на них окружающих. Например, больная Маргарита К. подробно рассказывала о своей страсти к женщинам, о том, как намечала убийство мужчин и как с целью получения опыта осуществила преступный замысел, используя в качестве жертв кота и собаку. Отношение к ней среди присутствующих никак не изменилось, они слышали ее историю, но, очевидно, не распознали сказанное. Больной Александр С., не приглушая голоса, требовательно вопрошал: “Когда вылечите мою импотенцию?” и далее описывал характер сексуальных отношений с женой. За нашей спиной делал съемку оператор; жена пациента сидела в кресле на расстоянии протянутой руки и, не отрываясь от вязания, общалась с сидящими рядом опекунами других пациентов. На ее лице не было заметно и тени смущения. Все это позволяет думать, что больной и врач, находясь среди окружающих, пребывают друг с другом в совершенно иной 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. Авторитарность врача как скульптора, мастера в условиях лечебного портретирования весьма относительна: пациент специально не позирует, может на время покинуть помещение, может подойти к присутствующим и перекинуться с ними словом. Он может трогать и исправлять свою скульптуру; иногда, в совместном порыве,

^{*} В который раз хочется обозначить отличие от профессиональных портретистов (многочисленные сопоставления, к которым мы прибегаем на протяжении всей этой статьи, помогают лучше почувствовать специфику нашего “жанра”, в том числе и нам самим). Профессионалы-художники совершенно оправданно предпочитают работать в изоляции от внешнего мира. Сходство же с уличными мастерами – лишь кажущееся. Уличного художника-портретиста с моделью объединяют самые поверхностные отношения. Открытость уличного художника достигается ценой упрощения творческого пространства, разрушения как раз той самой невидимой стены, которая призвана охранять таинство творческого сотрудничества художника и модели.

работа проводится “в четыре руки”. Бывает и так, когда два врача лепят одновременно, сопоставляя свои версии портрета.

Время работы над портретом, как отмечалось, обладает собственной протяженностью и дискретностью, которые не совпадают с часовым временем. Больная Светлана М., например, встретившись с нами через тринадцать лет после пребывания в Центре, сказала, что это были бурные годы, хотя мы работали всего 24 часа и больше не встречались. Больной Владимир С. был совершенно уверен, что за полтора года лечебной работы он “вырос”, пройдя путь от десятилетнего мальчика до тридцатилетнего мужчины (паспортный возраст пациента). Подобных примеров неадекватного восприятия измеряемого времени немало, как у больных, их родственников, так и у врачей.

Сеансы и маски. Дискретность портретного времени создают сеансы, итогом которых служит интуитивно улавливаемая завершенность промежуточных масок. Скульпторы нередко бывают наделены такой интуицией. К примеру, в бенинской деревянной скульптуре ритуально выделяются четыре завершенные формы, причем каждая из них, часто, выполняется разными скульпторами. То же относится и к традиционной деревянной скульптуре индонезийцев, где один из мастеров лишь “открывает” глаза изваянию. Подобных случаев в истории скульптуры немало. Достаточно вспомнить, какое значение в истории искусства придается незавершенным скульптурным образам Микеланджело или эскизам других великих художников. С учетом сказанного и в целях преодоления фиксации переноса мы позволили нашим врачам работать, сменяя друг друга у портрета. В последние годы мы практикуем мастер-классы, когда опытный врач лишь завершает работу.

Время одного сеанса, как уже отмечалось, может длиться от нескольких секунд (бывает и так, если учесть моменты особого эмоционального напряжения, возникающего между врачом и пациентом) до многих часов. Смена масок происходит то слишком медленно, то с калейдоскопической быстротой. Как и при работе над твердым материалом, маски проходят путь от общего к частному – от универсальной яйцевидной формы до конкретного индивидуального человеческого образа. Снимая слой за слоем пластический материал, врач-скульптор достигает определенного предела, когда маска приобретает стилистическую завершенность. О завершенности этих промежуточных форм косвенно свидетельствует и тот факт, что, сфотографированные после каждого сеанса, они создают гармонический ряд – от яйцевидной до итоговой формы. В то же время последовательность снимков, сделанных профессиональным фотографом, выстраивается с трудом, так как они отражают процесс работы (“середины” сеанса), а не ее итог.

Затем происходит мучительное “изнашивание” образа, и врач готовится к “распаковке” нового значения образа. Он, повинувшись деструктивному импульсу, вначале “разрывает” форму, зачинает ее новое качество на основе одной из деталей лица. Это может быть область глаза или лба, а к концу лечения – область уха. Полученный результат требует выравнивания под него всего портрета. Тем самым врач-скульптор как бы снимает еще одно “покрывало” не только с пластилиновой маски, но и с больной души. Так он объясняет смысл своих действий себе и так интерпретирует свою работу больному и окружающим.

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

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

Манера лепки. Работа протекает вне академических приемов и, с точки зрения последних, она алогична. Манера лепки в виде неких пассов, хлопываний, поглаживаний пластилиновой маски лишена прямой целесообразности. Вот что пишет другой очевидец наших сеансов, Ю. Акопян:

“Представление о безумии как смерти позволяет по-иному взглянуть на амбивалентное поведение Н. во время сеансов, на его абсурдные, с точки зрения технологии лепки, движения: шлепки по лицу портрета, энергичное массирование щек, когда он словно пытается, “разгоняя кровь”, оживить, пробудить от сна пластилиновую голову. Особенно интригующим это становится, когда происходит параллельное массирование лица пациента и массажист повторяет движения скульптора. Парадоксальным образом преследуются и достигаются противоположные по смыслу цели; с одной стороны, благодаря параллелизму движений скульптора и массажиста ускоряется процесс физической идентификации, процесс узнавания больным своих черт в лице двойника, но с другой, – скованное судорожным оцепенением, ригидное, лишённое мими-

ки, это же лицо действительно оживает и обновляется под воздействием массажа. Свою любовь к пациенту, свою заботу и тревогу Н. 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 Н. 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 Н. в процессе лепки настойчиво и целенаправленно ведет пациента к отождествлению им самого себя со своим пластилиновым двойником” (Акопян, 1999, с.20).

Добавим, что реальная дистанция между врачом, больным и портретом, сравнительно с классическими нормами, недопустимо маленькая, – не более 40 см. К тому же, врач лепит “неудобную” сторону лица модели. Если пациент сидит справа от мольберта, то врач работает над правой же, относительно себя, стороной маски. Он то и дело наклоняется в сторону модели, заглядывая на изображаемую часть лица оригинала и вновь возвращаясь к пластилиновому двойнику. Зарождающийся контакт не менее насыщен, чем вербальный диалог. Этим создается общая атмосфера творчества, соединяющая врача, портретируемого и его трансформирующегося “двойника”.

Материал и инструменты. Как и все прочее, нетрадиционны и инструменты. Они заимствованы у зубного врача. Скульптор-врач в одних случаях использует собственные пальцы – проводит на лице двойника складки, в других с помощью названных инструментов расчерчивает поверхность скульптуры, разрывает вязкую рабочую массу. Многим стажерам мы дарили профессиональные стеки, но они, как и больные в работе над автопортретом, теряли к ним интерес и пользовались нашим инструментарием.

Лечебный процесс завершается на мягком материале в форме реалистического портрета, в натуральную величину. Время портрета сворачивается 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. В зависимости от поставленной задачи, скульптура может иметь вид голо-

вы, бюста или статуи. Однако, как правило, для решения самой сложной проблемы достаточно только маски лица. Здесь уместно напомнить легенду о миссионере и туземцах, у которых “езде лицо”^{*}. Иногда мы выполняем статуэтку размером около 50 см, и это очень действенный способ лечения.

Еще о свойствах лечебного портрета

Судьба лечебного портрета. Проблему определила искусствовед Г.Ельшевская и продолжает развивать журналист Ю.Акопян. Их эстетические впечатления обнаруживают некоторое совпадение. Относя лечебные портреты к большому искусству, оба видят в них стилистическое сходство с египетскими погребальными скульптурами, что проявляется в особой вневременной отрешенности пластического изображения. Отмеченная особенность находит объяснение в том несомненном факте, что на наших портретах, особенно до их отливки в гипсе или металле, неизменно присутствует отпечаток болезни, то есть аутизма. “Это как бы “плохой” член пары, тогда как исцелившийся – “хороший” (Абрамян, 1989, с.81).

Обычай перевода скульптуры в твердый материал возник с самого начала, когда у нас были ожидания, впоследствии не получившие подтверждения, что она будет востребована пациентом или его опекунами. Но этого ни разу не произошло. Интерес к скульптурному портрету, интенсивная вовлеченность в него на исходе лечения исчерпывает себя, 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, 1999, с.156). За двадцать два года было всего несколько случаев из сотен, когда опекуны пациентов изъявляли твердое намерение приобрести скульптурный портрет. На одном таком случае хотелось бы остановиться.

Анжела С., девять лет, диагноз – эпилепсия, поверила в возможность своего излечения, день и ночь думала о портрете, а перед сном клала под подушку книгу с фотографиями лечащего врача. Мать, женщина суеверная, была также фиксирована на портрете, на его “чудодейственной” силе. По завершении лечения она привела специалистов, которые дали положительную оценку художественной стороне портрета. Тогда она попросила отлить его из бронзы и установить на мраморной подставке. Купила специальную тумбу, на которую в своей квартире поставила портрет. Однако

^{*} 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).

уже через полгода вернула его нам. Больная внешне резко изменялась, и мать заметила несоответствие облика этой веселой, общительной девочки, превращающейся из “гадкого утенка” в красивую молодую женщину, – выражению болезни на портрете. Противоречие росло, а присутствие портрета вне контекста лечения не давало возможности отделить от себя тяжелый период их жизни. Это связано и с зависимостью от врача, символизированной в скульптуре. Портрет вернули в институт, где он занял место в архиве.

От перцепции к концепции. Думается, мы привели достаточно аргументов в пользу принадлежности лечебного портрета жанру концептуального искусства. Такова и точка зрения другого нашего эксперта, психолога и художника П.Г.Белкина, а также французского художника М.Рогинского. Отсутствие эстетической концепции лишь подтверждает сказанное*. Суть творческой деятельности врача как скульптора заключается не в выражении эстетической идеи, подобно искусству, а в самой “идее”, а также в сопровождающих эту деятельность документах: фото-, кино-, видео-, фотоматериалах. Сам портрет становится приложением к анализу и документальному описанию болезни. Фокус смещается из чисто визуальной в концептуально-визуальную сферу – от перцепции к концепции. Контекст приобретает здесь большее значение, чем результат. Главной становится человеческая коммуникация – диалог врача с пациентом. Наши портреты, при всей тщательности исполнения не претендуют на вечность, на непреходящую значимость. Поэтому и делаются из недолговечного материала.

Портрет не может возникнуть без врачебных планов и прогнозов, сочетающихся с документируемыми медицинскими процедурами. Вся ткань портрета пропитана клиническими ожиданиями врача. Благодаря этому искусство лечебного портрета и можно считать концептуальным. Выставки наших работ проводятся в обстановке научных конференций, гипсовая или бронзовая скульптура на стене, как правило, окружена фотографиями процесса лепки с обязательным наличием краткой истории болезни пациента. Особенно наглядной была выставка на международном конгрессе психотерапевтов в Париже в октябре 1996 года, когда наряду с фотографиями на большом экране без остановки показывались видеоматериалы.

Портретный метод возник так же спонтанно, как и концептуальное искусство. Развивая его, мы не были знакомы с программной статьей одного из основателей концептуализма Дж.Кошута “Искусство после филосо-

* “Выступая в роли художника, Н. не забывает о том, что он врач, – пишет Г. Ельшевская, – 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).

фии”, где он размышляет о синтезе наук, философии и собственно искусства (Kosuth, 1969, p.178). Эта работа помогла бы нам отчетливее опознать собственные идеи, сформулированные на десять лет позже в недрах клинической практики. Сопоставление с манифестом основателей концептуализма помогло бы рациональнее построить психотерапевтический процесс, меньше эксплуатировать интуицию врача-портретиста и не выглядеть адептами белой магии в представлении опекунов и ряда наших коллег.

Ввиду явного несовпадения результатов мы не проводили параллели между лечебной портретистикой и произведениями московских концептуалистов (И. Кабаков, Р. и В. Герловины, А. Монастырский, группы “Коллективные действия” и “Медицинская герменевтика”), основанными на абсурде (Бобринская, 1994). У нас есть принципиальное идейное отличие от всех направлений концептуального искусства. Суть этого отличия в том, что маскотерапия не порывает связи с традиционным искусством (она проявляется в реалистической завершенности скульптурного портрета), а этическая цель в высшей степени конкретна: избавление пациента-модели от психической болезни.

ЛИТЕРАТУРА

- Абрамян Л. А. *Человек и его двойник. Наука и религия*, 1989, № 9.
- Акопян Ю. Г. *Психопоэтика скульптурной маскотерапии. Сборник статей по прикладной психологии*. М., 1999.
- Грузенберг С. О. *Гений и творчество*. Л., 1923.
- Данин Д. С. *Кентавристика. Программа курса*. М., 1997.
- Ельшевская Г. В. *Маскотерапия как искусство. В кн.: Зеркальный двойник*. М., 1994.
- Морозов Г. В. (Ред.) *Руководство по психиатрии*. Т. I. М., 1988.
- Мочалова О. Б. *Арттерапия - метод лечения и обучения // В кн.: Сборник статей по прикладной психологии*. М., 1999.
- Назлюян Г. М. *К концепции патологического одиночества. Московский психотерапевтический журнал*, 2000, №2.
- Цивьян Т. В. *Предисловие // В кн.: Зеркальный двойник*. М., 1994.
- Ярошевский М. Г. *Исцеление души // В кн.: Зеркальный двойник*. М., 1994.
- Ярошевский М. Г., Липкина А. И. *Наука и религия*, 1989, № 9.
- Kosuth J. *Art after Philosophy // Studio International*. 1969, V. 178, N 915.
- Merleau-Ponty M., *Phenomenologie de la perception*. Paris: Gallimard, 1945.