

УДК 615.851:616.89

ББК Ю948.1-82

ДИАЛОГОВО-ФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ: ОСОБЕННОСТИ ПОДХОДА

И.А. Погодин

Институт Гештальта, Минск, Белоруссия

В статье рассматриваются условия, при которых была бы возможной диалогово-феноменологическая психотерапия психических расстройств. Разумеется, основная трудность здесь заключается в том, что, реализуя этот инновационный психотерапевтический проект, мы вынуждены оказаться не только не в *mainstream*'е современной культуры и психотерапии, но и наоборот – нам придется плыть против течения, выступив в роли своеобразного андеграунда от психотерапии. Вся современная психиатрия и соответствующая ей психотерапия «заточены» под традиционные представления об объективном характере психического расстройства. Поэтому и классическая, и современная психотерапевтическая литература просто пестрят руководствами концептуального характера относительно того, какова специфика психотерапии того или иного психического расстройства [6–12].

Формирование культуры, основанной на базовой идеологии – «безумия нет и никогда не существовало». Это условие психотерапии психического расстройства имеет отношение к качеству подготовки персонала клиники. Именно клиники, поскольку в рамках какой бы то ни было формы частной психотерапевтической практики невозможно смоделировать альтернативную культуру, которая была бы основана на реальности, в которой «безумия» не существует и никогда не существовало [13]. Персонал клиники должен стать силой, конкурирующей с фундаментальной культуральной концепцией безумия. Представьте себе, что наш пока еще гипотетический клиент, страдающий от «психического расстройства», оказался помещенным в среду, которая никогда не знала о существовании «безумия» или знала, что где-то в другом параллельном мире живут люди, которые изобрели «безумие», чтобы справляться со сложностями, возникающими время от времени в их цивилизации. Люди этой новой культуры просто не могли бы относиться к

этому человеку так же, как раньше к нему относились окружающие. В этом мире безумия не существует.

Никакая концепция не может существовать бесконечно длительное время, включая даже самые фундаментальные из них, которые обеспечивают существование человека, например, знание о том, что он существует, как его зовут, как и где он родился, где его родители, какова его человеческая природа, какова природа жизни и смерти и пр. У любой концепции, если она не подтверждается свидетельствами наблюдателей, есть свой срок годности. Даже для самых базовых из них он определяется вполне определенным отрезком времени – например, в несколько месяцев. Например, если бы любые признаки в коммуникации с людьми, которые подтверждают ваше существование, прекратились (например, все вас стали бы игнорировать и смотреть сквозь вас), то вопрос лишь времени, сколько бы вы еще просуществовали как личность. Напомню, что личность представляет собой некий достаточно большой набор более или менее непротиворечивых концепций.

Если даже фундаментальные личностные концепции угасают вне присутствия наблюдателя, то концепции более частного порядка не могут оказаться более устойчивыми. И несмотря на то, что в концепцию «психического расстройства» инвестирован огромный объем витальности, изъятого из переживания, все равно он несопоставим с объемом витальности, который участвовал в строительстве и ежедневно участвует в поддержании и обеспечении базовых концепций существования. По этим причинам я имею все основания рассчитывать на то, что «психически больной», будучи погруженным в среду, в которой нет возможности хотя бы минимального подтверждения «факта болезни», не сможет долгое время удерживать эту концепцию в актуальном состоянии.

Но для этого очень важно следующее условие, распространяющееся на весь персонал клиники. Мы должны не относиться к клиенту с концепцией психического расстройства, как будто он ничем не болен, а сами должны принять «безумие» как культурный миф. В этом коренное отличие психиатрического псевдогуманизма, характерного, например, для современных европейских психиатрических клиник. Если я думаю, что этот человек, находящийся передо мной, страдает от душевного расстройства, но я буду относиться к нему как к здоровому, из этого ничего не выйдет. И уж тем более ничего хорошего не получится из тенденции сострадать больному потому, что он «больной», но тоже человек, а посему достоин уважения [14]. Я полагаю, такого рода псевдогуманистические тенденции и полумеры скорее способствуют углублению концептуального дефекта и тем

самым состоянием человека, нежели избавлению от него. Порыв, как и многие другие со времен Филиппа Пинеля, хороший, а последствия – как обычно [15]. Это скорее дальнейшая сегрегация, чем терапия.

Итак, вернусь к тезису о требовании к персоналу клиники. Важно, чтобы все сотрудники клиники были носителями новой культуры, относящейся к «безумию». И это, как вы понимаете, вопрос не обучения, или внушения. Это процесс постепенного, но целенаправленного формирования антипсихопатологической культуры в рамках отдельно взятой клиники. Разумеется, сотрудников клиники нельзя заставить верить в содержание написанного в этой работе, иначе бы предлагаемый мною проект превратился в религиозное движение «Господь-поле против безумия!», а совокупность соответствующих книг и статей – в канонические тексты. Формирование штата клиники – скорее естественное развитие сообщества диалогово-феноменологической психотерапии.

С ростом количества специалистов, практикующих психотерапию, фокусированную на переживании, эта проблема могла бы решиться естественным образом. Предвидя возражения на этот счет, скажу следующее. Уже сегодня по всему постсоветскому пространству работает более сотни психотерапевтов, неплохо, как мне кажется, обученных в диалогово-феноменологической модели и на своей практике год от года убеждающихся в том, что любого рода типологизация или диагностика не помогают их работе, а скорее мешают. На собственном опыте им становится очевидно, что огромное количество психологических и, в частности, клинических концепций представляют собой разновидности мифа о стабильности «психического», о котором я писал несколько ранее [4]. Перед нами же в клиентском кресле оказывается Человек, который пытается с той или иной степенью мужества и творчества проделывать свой Путь в своей Жизни. Поэтому подчеркну, подытожив сказанное до сих пор: формирование штата психотерапевтической клиники, который был бы носителем антипсихопатологической культуры, хоть и непростой, но вполне естественный и закономерный процесс, не имеющий ничего общего с утопией.

Еще один аргумент со стороны оппонентов предлагаемой модели, который довольно часто слышу от коллег. Мол, я романтизирую «безумие». Вовсе нет. За свою практику психотерапевта я довольно много работал с людьми, страдающими теми или иными психическими расстройствами – от «неврозов» до «пограничных расстройств» и «психозов». Более того, в течение довольно длительного времени я работал в спецкомиссии при психоневрологическом дис-

пансере, занимаясь комплексными психолого-психиатрическими экспертизами. Я не романтизирую «безумие». Соответствующие ему концептуальные коллизии поля порой выглядят страшно. Но это ни в коей мере не отрицает выносимых мною в этой работе положений.

«Безумия» никогда не существовало. Человеческая культура создала концепцию безумия, от которой сегодня страдает множество людей. Большая часть из них подвержена действию данного вируса, а не собственно самой концепции. Ужасные картинки этого «недуга» стали таковыми постольку, поскольку соответствуют ожиданиям наблюдателей. Если бы в культуре не было такого чудовищного страха сойти с ума, и человеческая жизнь не напрягалась бы от давления культуры «безумия», я полагаю, внутренние реалии психиатрических клиник, возможно, были бы иными. Думаю, угрожающий и мучительный характер многих «психопатологических симптомов» произведен от тревоги и страха «безумия», нагнетаемых культурой в целом и профессиональной психиатрической субкультурой в частности [17].

Полагаю также, что «безумие» в этом не одиноко. С еще большим успехом, возможно, культура создала рак и СПИД. И очень вероятно, что тысячи людей ежедневно умирают от концепций, ими же созданных. А заодно и от «лечения» от них. Лишь в последние годы сами врачи и биологи начали задумываться об этом. Не странно ли, что количество заболеваний, подобных этим, растет также в некоторой прогрессии? И некоторые из них появились сравнительно недавно. Я полагаю, у людей нет причин умирать, помимо концептуальных. С точки зрения культуры, подобное мифотворчество, по всей видимости, оправдано. Помните, как у Владимира Владимировича Маяковского в стихотворении «Послушайте!»: «Ведь, если звезды зажигают, значит это кому-нибудь нужно?» [16]. Да, вероятно, что с точки зрения человеческой культуры, такое положение дел естественно. Но мне нет дела до культуры, мне важен и интересен Человек. Я на его стороне. А культура как-нибудь справится сама. Кроме того, я надеюсь, что мой голос тоже можно рассматривать как скромный шепот культуры на правах культурного андеграунда. Пока андеграунда.

Тема онкологии и других заболеваний современного Человека, по всей видимости, нуждается в большем осмыслении и большей моей подготовке, чтобы рассуждать о ней более ответственно. Хотя я думаю, что врачи и биологи могли бы обнаружить некое зерно здравого смысла в моих тезисах. Сейчас же я предлагаю вернуться к основному предмету этой работы. Итак, я не романтизи-

рую безумие. При формировании антипсихопатологической культуры, по всей видимости, нам придется столкнуться с рядом трудностей, часть из которых носит социальный, а другая часть чисто психологический характер.

Во-первых, сложность подготовки персонала. Я уже говорил немного о специфических требованиях к сотрудникам. Если немного добавить, то стоит отметить следующее. Самое важное для сотрудника клиники – это устойчивые навыки переживания. Причем как переживания своей Жизни, так и встречи в контакте с Жизнью другого Человека, так и помощи в сопровождении переживания Другого. Кроме того, сотрудник клиники должен быть подготовлен в смысле встречи с полевыми проявлениями «психопатологических концепций». Это ведь порой совершенно иной уровень напряжения, с которым в рамках частной практики специалисты сталкиваются не всегда. Разумеется, что часть нагрузки на себя возьмут коллегиальные встречи супервизионного и интервизионного характера. Но самое важное в качественной работе персонала – способность выдерживать высокое психическое напряжение, размещая его в потоке переживания, сохраняя тем самым возможность быть носителем антипсихопатологической культуры.

Во-вторых, традиционная клиническая культурная модель будет ежедневно врваться в жизнь клиники в виде всего разнообразия «психопатологического отреагирования». Клиенты будут демонстрировать все богатство симптомов, которые не испугают и не заставят свернуть с принятого экспериментального (фокусированного на переживании) курса лишь самых устойчивых профессионалов. Соблазн вернуться на прежний курс «лечения безумия», полагаю, при этом будет очень выраженным, поскольку в большей или меньшей степени вирус «безумия» в виде соответствующих концепций есть в «крови» каждого представителя современной культуры.

В-третьих, выраженное давление со стороны общества в целом и профессиональных сообществ в частности. Само существование предлагаемой психотерапевтической модели и ее суть вряд ли обрадуют устоявшееся профессиональное мировоззрение. Равно как понятно, что общественное сознание будет вторгаться в подобного рода работу, поскольку весь опыт окружающих людей и «здоровый смысл» говорит о нелепости подобной затеи. По этой причине важно, чтобы работа клиники могла бы быть подкреплена социально, в том числе и посредством трансформации соответствующей законодательной базы.

Психологическое присутствие в жизни клиента Другого – носителя антипсихопатологической феноменологической культуры переживания. Формирование некоей новой антипсихопатологической культуры – это лишь условие диалогово-феноменологической психотерапии «безумия». Как я уже говорил выше, процесс психотерапии «безумия» представляет собой не столько прямое воздействие на Жизнь клиента, сколько трансформацию культуры, в которой он живет. В некотором смысле это попытка ввести антидот человеку, зараженному «вирусом безумия». Присутственный контакт – необходимое условие успешности этого процесса. Не достаточное, но необходимое. Достаточными условиями являются готовность клиента и наличие материала антидота.

Если переживание является транспортом, доставляющим нас в зону первичного опыта [18], то присутственный контакт с носителем антиклинической культуры выступает теми рельсами или дорогой, по которым этот транспорт движется. Поэтому невозможно переоценить его значение для успеха психотерапии. В противном случае любое содержание психотерапии будет стремиться переродиться в концептуализацию. Напомню базовое положение диалогово-феноменологической психотерапии, согласно которому присутственный контакт является условием переживания – переживание вне присутствия просто невозможно.

Количество людей, верящих в объективную природу безумия, огромно, и уж точно оно гораздо больше количества сотрудников отдельно взятой клиники. Вместе с тем сила убежденности в феноменологической природе поля людей, которые оказываются в присутственном контакте, может оказаться вполне конкурентноспособной. Ранее я уже писал о том, что сила отдельно взятого присутственного контакта теоретически стремится к силе «сознаний» всех жителей Земли. Мощностное психологическое присутствие потенциально безгранично. Она способна трансформировать природу «реальности» «психически больного» человека. Однако этот путь не может быть концептуальным. Потому как в этом случае итог прежний – коллапс поля. Более того, в этом процессе мы оказываемся в конкуренции с фундаментальными концепциями, разделяемыми миллиардами людей [22]. Нам не выиграть в этом случае в ней. Поэтому я предлагаю задействовать силы, несоизмеримо более мощные, нежели любая отдельно взятая концепция. Речь идет о первичном опыте, трансформационные ресурсы которого безграничны. Условием доступа к нему и соответствующим транспортом, по-прежнему, выступает уже знакомый вам процесс – переживание.

Доступ к первичному опыту как к колоссальному источнику неограниченных изменений. В этой части статьи мне хотелось бы уделить особое внимание одному из самых важных и в то же время наименее понятных факторов психотерапии – переживанию. Речь пойдет о ядре полевой динамики – первичном опыте. Я напомним, что в диалогово-феноменологической психотерапии под первичным опытом понимается универсальный источник всех полевых процессов [19]. По совместительству первичный опыт является источником всех возможных преобразований в Жизни человека. Всех без исключения. В некотором смысле первичный опыт представляет собой неограниченный репертуар любых возможностей состояния поля. Некое сходство этот концепт имеет с категорией суперпозиции, принятой в квантовой физике. Для более глубокого понимания сути этого конструкта диалогово-феноменологического поля я настоятельно рекомендую читателю ознакомиться с соответствующими работами [1, 2, 3].

Тема непростая для понимания, но очень важная для психотерапии. Важная постольку, поскольку именно первичный опыт является некой точкой сборки полевых процессов. В практике вторичного опыта, коим является и процесс психотерапии, мы имеем дело лишь с результатами коллапса первичного опыта до границ переживаемой нами реальности. В случае психотерапии «психопатологических расстройств» первичный опыт схлопнут до пределов проявления той или иной нозологии. Никакого рода концептуальным инструментом, насколько бы хорошо он ни был разработан, нам не получить доступ к универсальному источнику трансформации. В лучшем случае мы останемся на том же уровне коллапса феноменологического поля, говоря словами конусно-слоевой модели феноменологического поля [3]. В худшем – окажемся несоизмеримо дальше от возможности трансформации «психопатологической» реальности.

Единственным транспортом для доступа к первичному опыту является, как известно из диалогово-феноменологической психотерапии, переживание, поскольку именно оно задействует естественную валентность поля и феноменологическую редукцию до полевых оснований [3]. Переживая свою Жизнь, человек естественным образом деконструирует существующие концепции, расщепляя их до несвязанных феноменов. Свободные феномены, подчиняясь влиянию естественной валентности, перестают быть препятствием на пути к первичному опыту. А выраженная степень психологического присутствия позволяет проникнуть в контакт феноменологическим инновациям, естественным образом приближающим нас к первичному

опыту. Причем чем меньше в феноменологическом потоке концептуальных вкраплений, тем ближе мы оказываемся к зоне первичного опыта в процессе психотерапии. Польза от такого приближения в том, что чистые феномены, не загрязненные процессом концептуализации, обладают гораздо большей трансформирующей силой и энергией. При сформированных у клиента навыках переживания «психопатологическая концепция» могла бы быть разрушенной. А Жизнь могла бы быть возвращена человеку.

Первичный опыт в том случае, если приближаться к нему не только со страхом, но и со свободой в сердце, является целительным агентом. Это место, в котором мы можем черпать свои силы и где все наши желания могут быть исполнены. Вместе с тем, разумеется, что страха в этом процессе не миновать. Чем ближе человек находится в процессе переживания к первичному опыту, тем больше феноменов-инноваций появляется в текущем феноменологическом потоке, энергия которых ввиду чрезвычайно сильной инвестированности витальностью огромна. Поэтому и процесс переживания, учитывая эти два фактора – степень новизны и неожиданности феноменов-инноваций и загруженность их динамики витальностью – радикально усложняется. Эта текущая ситуация по описанию напоминает контекст поля, в котором в результате отказа переживать свою Жизнь клиент был интоксцирован концепцией того или иного «психического расстройства». В некотором смысле это исходная точка.

Чем выше степень новизны и неожиданности появления феноменов-инноваций и чем более инвестирован этот поток витальностью, тем выше напряжение в актуальном процессе переживания, тем больше клиенту требуется профессиональной заботы со стороны терапевта. Такая ситуация нуждается в колоссальной поддержке со стороны психотерапевта и его соприсутствия в этом процессе. По этой причине основными профессиональными качествами терапевта являются способность соприсутствия и соответствующие навыки переживать свою Жизнь в связи с Жизнью клиента и сопровождать клиента в этом непростом для обоих процессе. Способность к психологическому присутствию здесь является ключевой.

Еще немного о присутствии как пути к ресурсам первичного опыта: фундаментальный парадокс присутствия. В нашем разговоре обсуждение психологического присутствия, особенно применительно к психотерапии «психических расстройств», имеет несколько основных слоев. Один из них очевидный – социально-психологический. Он релевантен некоему ощущению, что ваша Жизнь как будто прикасается к Жизни другого Человека. Первоначальный эффект от при-

сутствия – восстановление чувствительности Человека к своей Жизни. Это запускает процесс осознания на качественно ином уровне. При этом условии человек начинает замечать в поле значительно больше феноменов, чем осознавал до сих пор. Полевой феноменологический поток расширяется – феномены как будто сами начинают находить ваше сознание.

Другой слой обсуждения, назовем его психотерапевтический или экспириентальный, предполагает присутствие как некое пространство, которое является условием переживания и в котором оставленный поток феноменов начинает оживать. Только здесь власть в феноменологической динамике возвращается полю как единственному регулятору психического здоровья. Присутствие как будто стимулирует спонтанную динамику полевых процессов, дает возможность проявиться естественной валентности в поле, тем самым иницировав процесс деконцептуализации. С одной стороны, психологическое присутствие деконструирует концепции, и с другой – восстанавливает процесс переживания. А это то, что нам нужно. Особенно применительно к психотерапии «психического расстройства».

И наконец, третий слой обсуждения психологического присутствия носит метапсихологический полевой характер. Речь идет о присутствии как об условии, обеспечивающем доступность ресурсов первичного опыта. Психологическое присутствие как пространство, катализирующее процесс переживания, в какой-то момент создает условия для большей или меньшей трансформации реальности. Происходит это благодаря явлению, которое в диалогово-феноменологической психотерапии носит название фундаментальный парадокс присутствия. Я снова рекомендую читателю для более глубокого освоения сущности этого явления и механизма прочесть соответствующие работы [1]. Здесь же кратко напомним основное. Существует мнение, что Вселенная создана «наблюдателем». Мы с вами также ежедневно и ежесекундно создаем друга друга. Эффект наблюдателя объединяет эти процессы.

Полевые процессы, когда в них вмешивается сознание, коллапсируют, или схлопываются, до тех или иных форм известной нам реальности. Иначе говоря, осознавая другого человека через призму имеющихся у нас концепций, мы формируем этого другого человека. В прошлом столетии в социальной психологии даже был описан феномен, вошедший в науку под названием бихевиорального подтверждения, или самореализующегося пророчества [5]. Суть его заключается в том, что наши ожидания к другому человеку стремятся к оправданию – человек начинает демонстрировать то поведение, кото-

рое от него ожидают увидеть значимые для него люди. Меняются значимые наблюдатели – меняется и наблюдаемый человек.

Применительно к обсуждаемой нами проблеме этот тезис имеет два основных следствия. Первое. «Безумие» человека создается в значительной мере окружающими его значимыми людьми. Психическое расстройство является результатом концептуально опосредованного акта наблюдения. Носители «психопатологического вируса» и из среды обывателей, и тем более из среды психиатров, особенно в трудные для переживания своей Жизни в контакте с Жизнью Другого Человека моменты, склонны коллапсировать полевой процесс переживания до имеющихся у них концептуальных форм. Другими словами, не имея возможности переживать в полной мере присутствие Другого человека, чья Жизнь наполнена значимыми, но странными и неожиданными феноменами-инновациями, они склонны прибегать к концептуальному блокированию переживания и объяснению происходящего. Они превращаются в концептуально-опосредованных наблюдателей Жизни Другого.

Причем принцип, регулирующий выбор рабочей концепции, остается прежним – чем больше витальности задействовано в данный момент в переживании и чем более радикальны по отношению к опыту наблюдателя феномены-инновации, стоящие в очереди на переживание, тем более значимая концепция должна быть использована. Рабочая концепция наблюдателя должна быть способна вместить происходящее в рамки своего содержания и, самое главное, связать витальность переживания, тем самым погасить иницированный перспективой переживания кризис. Одной из таких концепций является концепция «безумия» – она идеально снимает актуальность переживания для наблюдателя, изолируя все опасные феномены-инновации из перспективы переживания.

Кроме того, в силу ее огромного культурального значения и уже инвестированного колоссального объема витальности со стороны миллиардов людей (напомню, что концепция-вирус «безумия» имеет глобальное значение) она оказывается в состоянии связать любой объем избыточной витальности актуального переживания. «Теперь мне не страшно сойти с ума. Все понятно – просто передо мной сумасшедший человек с такими странными проявлениями». И напряжение как рукой сняло. Цена вопроса при этом – отказ переживать свою Жизнь, которая в этот момент могла бы принести довольно много живого и интересного, и начало пути сегрегации Человека – объекта такого наблюдения. Так, являясь носителем культурального вируса «безумия», мы создали в мире еще одного «сумасшедшего». И про-

должны свой путь дальше. Некоторым особенно талантливым в своей профессии психиатрам удастся устроить из своей профессиональной жизни целый конвейер по производству «психических расстройств» и «сумасшедших пациентов».

Вернемся же к обсуждению тех следствий, которые имеют для нашей работы прямое значение. Если «безумец» был когда-то создан окружающими его людьми – близкими, друзьями, коллегами и специалистами, то не возможен ли обратный процесс? Полагаю, да – возможен. Вернемся же к процессам, происходящим в нашей клинике, где сотрудники не являются носителями концептуальной культуры «безумия», а наоборот – культивируют в контакте с клиентами ценность переживания. Вырисовывается картина, обратная только что описанной. Наблюдатели, используя огромную силу влияния в виде психологического присутствия видят/наблюдают/осознают не «психическое расстройство» клиента, а Жизнь Человека, который делает попытки оставаться Живым. Не значит ли это, что мы в этом процессе начинаем создавать Живых людей? Мне такая альтернатива нравится больше. Используя витальную полевую мощь психологического присутствия, мы начинаем приобретать влияние, вполне сопоставимое с действием концептуального вируса «безумия». А если при этом мы еще и помогаем в силу сформированных у нас профессиональных навыков переживать свою Жизнь клиенту и себе самим, то эффект может оказаться осязаемым.

Второе следствие из метапсихологически-полевого обсуждения психологического присутствия и, в частности, из тезиса о том, что мы с вами в процессе контакта создаем друг друга, имеет еще более глубокое значение. Речь пойдет о парадоксальном с точки зрения этого феномена механизме. Мы уже знаем, что появление наблюдателя способствует коллапсу полевых процессов до пределов той или иной объективно-субъективной реальности. Этот коллапс по форме и содержанию определяется актуальным репертуаром концепций, используемых наблюдателем, что в диалогово-феноменологической психотерапии называется self-парадигмой, с одной стороны, и тенденцией к переживанию и психологическому присутствию – с другой. Иначе говоря, в зависимости от «переживательной» или «концептуальной» готовности наблюдателя и формируется коллапс поля в виде тех или иных представлений о текущей ситуации.

А теперь представьте себе, что при очень высокой степени взаимного психологического присутствия процесс переживания течет спонтанным и беспрепятственным образом. При этом в переживании появляется все больше феноменов-инноваций без концептуальных

вкраплений и замутнений. Мы оказываемся в потоке так называемых чистых феноменов, чье появление само по себе говорит о близости к первичному опыту. И вот в этой «звнящей витальностью» ситуации в контакте появляются настолько неожиданные новые образы, представления, мысли, чувства, знания и пр., что остается только удивляться тому, откуда они взялись. Если внимательно присмотреться к воспоминаниям своей жизни, наверняка каждый из вас сможет вспомнить хотя бы единожды такие ситуации чрезвычайно обостренного присутствия, в котором происходили бы поразившие вас открытия. В этот момент ситуация, в которой вы находились, как будто менялась достаточно радикально для того, что бы констатировать ее как совершенно иную.

Полагаю, этот опыт может описывать проявления механизма фундаментального парадокса присутствия. В какой-то момент присутственного контакта полевою ситуацию начинает определять не только механизм коллапса полевых процессов. Иногда происходит коллапс второго порядка, проще говоря, коллапс функции наблюдателя. Функция наблюдателя как бы схлопывается, и на мгновение мы оказываемся в пределах зоны первичного опыта, где больше нет Другого, нет меня, нет времени и пространства, нет никакой объективной реальности. Все возможности в своей совокупности доступны. Это мгновение настолько коротко, что мы не успеваем заметить его содержание и поэтому, к счастью, не создаем для переживания запредельную для него нагрузку. В осознании мы встречаемся лишь с его последствиями – новыми образами, мыслями, видениями и пр. Именно так, мне кажется, появляются гениальные прозрения и открытия. И пусть вас не смущает тот факт, что большая часть открытий происходит вне общения с другими людьми – степень присутствия в этом процессе колоссальна.

В некотором смысле фундаментальный парадокс присутствия это описание механизма чуда в понимании М.К. Мамардашвили – этого (этой мысли, этого образа и пр.) не должно тут быть, а оно есть [20, 21]. Но это чудо хоть и не подвержено прямому управлению, время от времени встречается в нашей жизни. Мне кажется, львиная доля наиболее терапевтически значимых преобразований в процессе психотерапии происходит именно таким образом. Особое значение сказанное имеет для психотерапии «безумия». Ресурсы первичного опыта в смысле трансформации поля, как я уже говорил, безграничны. И хоть доступ к нему и не может быть прямо управляем волевыми средствами, но Путь к нему нам известен – взаимное присутствие людей своими Жизнями в Жизнях друг друга.

Формирование соответствующей социальной поддержки и законодательной базы. Как когда-то сказал известный всем классик, «жить в обществе и быть свободным от общества нельзя». Общественное сознание, релевантное «безумию», невозможно победить, сохранив маргинальную позицию. Придется с ним договариваться. Разумеется, что в наши планы не входит создание сектантской по духу субкультуры, чьи ценности антагонистичны общественным. Кроме того, даже успешная реализация проекта «антипсихопатологической клиники» в случае занятия изоляционистской позиции – это лишь капля в море традиционной клинической культуры, фокусированной на объективном характере «сумасшествия». Формирование социальной поддержки описываемому нами проекту затрагивает два социальных слоя – формирование аутентичной субкультуры ближайшего окружения и трансформация широких слоев общественного сознания, интоксцированного вирусом «безумия».

Несколько слов относительно первого социального слоя. Клиенты клиники, выйдя за ее пределы, могут оказаться в группе риска повторной интоксикации вирусом «безумия», поскольку значительное количество наблюдателей все так же будут готовы воспринимать их как «безумцев». По этой причине, полагаю, что было бы здорово, если бы близкие клиентам клиники люди, одновременно проходили бы курс психотерапии, фокусированной на переживании. Хорошо бы, если подобная психотерапевтическая программа носила бы комплексный характер и включала в себя индивидуальную и групповую психотерапию, а также регулярные встречи сообществ взаимной поддержки.

Что касается трансформации широких слоев культуры, сформированной вокруг культуральной концепции «безумия», то эта задача представляется мне гораздо более амбициозной и рассчитана на долговременную перспективу. Даже частичная трансформация традиционных взглядов на «безумие» не только способствовала бы снятию помех для новой психотерапии, но и помогла бы этой психотерапии. Поэтому с общественным сознанием придется также работать. Это одно из важнейших направлений комплексной программы разоблачения мифа о «психических болезнях». Среди форм, которые могли бы быть использованы в этих целях, можно выделить публичные лекции, публикации в средствах массовой информации, дискуссионные клубы, творческие вечера и пр.

И в заключение несколько слов относительно трансформации законодательной базы. Современные законодательные акты обслуживают профессиональную культуру, центрированную на мифе об объективности «безумия». К ним привязаны соответствующие схемы лечения, неотъемлемой составляющей которых являются продукты фармацевтического бизнеса. Сегодня фармкомпания тратят миллиарды долларов на лоббирование своего производства и распространение препаратов. Пожалуй, это одно из самых серьезных препятствий на пути формирования антипсихопатологической культуры. Поэтому без изменения законодательной базы, в которой предусматривалась бы возможность организации такого рода экспериментальных клиник, подобный проект с учетом его перспектив следует рассматривать как утопию.

ЛИТЕРАТУРА

1. Погодин И.А. Диалогово-феноменологическая психотерапия: ресурсы первичного опыта: сб. ст.: в 5 т. Т. 2(10). Фундаментальный парадокс присутствия и теория поля в психотерапии переживанием. Киев: Изд. дом Дмитрия Бурого, 2013. 108 с.
2. Погодин И.А. Диалогово-феноменологическая психотерапия: ресурсы первичного опыта: сб. ст.: в 5 т. Т. 1. Философские и естественно-научные основания терапии, фокусированной на первичном опыте. Киев: Изд. дом Дмитрия Бурого, 2012. 112 с.
3. Погодин И.А. Диалогово-феноменологическая психотерапия: ресурсы первичного опыта: сб. ст.: в 5 т. Т. 3(12). Теория поля и особенности психотерапевтической практики. Киев: Изд. дом Дмитрия Бурого, 2013. 112 с.
4. Погодин И.А. Жизнь как непрерывный акт рождения // Диалогово-феноменологическая психотерапия: ресурсы первичного опыта: сб. ст.: в 5 т. Т. 1. Философские и естественнонаучные основания терапии, фокусированной на первичном опыте. Киев: Изд. дом Дмитрия Бурого, 2012. С. 42–59.
5. Майерс Д. Социальная психология. СПб.: Питер, 1997. 688 с.
6. Кернберг О.Ф. Тяжелые личностные расстройства: Стратегии психотерапии / пер. с англ. М.И. Завалова. М.: Класс, 2000. 464 с.
7. Королев К. Стратегическая психотерапия зависимостей в контексте гештальт-подхода: нарциссический вызов / Гештальт-2009: специальный выпуск по проблеме зависимостей. М.: МГИ, 2009. С. 21–31.
8. Кохут Х. Анализ самости: Систематический подход к лечению нарциссических нарушений личности: пер. с англ. М.: Когито-Центр, 2003. 368 с.
9. Плокк С. Работа с неизлечимым: построение терапевтического альянса с хроническим шизофреником // Экзистенциальная традиция: философия, психология, психотерапия. 2004. № 2. С. 69–77.
10. Пристипа А. Гештальт-терапия в лечении пациентов с пограничным расстройством личности. Особенности процесса / Гештальт-2007. М.: МГИ, 2007. С. 67–81.
11. Психоанализ депрессий: сб. ст. / под ред. М.М. Решетникова. СПб.: Восточно-Европейский институт психоанализа, 2005. 164 с.

12. Пятронене Г. Способы осмысления жизни больными шизофренией // Экзистенциальная традиция: философия, психология, психотерапия. 2004. № 2. С. 129–133.
13. Погодин И.А. Природа «безумия»: диалогово-феноменологический подход // Диалогово-феноменологическая психотерапия: ресурсы первичного опыта: в 5 т. Т. 4 (13). О природе и психотерапии «безумия»: сб. ст. Киев: Изд. дом Дмитрия Бураго, 2014. С. 27–41.
14. Шелер М. Ресентимент в структуре моралей / пер. с нем. А.Н. Малинкина. СПб.: Наука; Университетская книга, 1999. 204 с.
15. Фуко М. История безумия в классическую эпоху. СПб.: Университетская книга, 1997. 576 с.
16. Маяковский В.В. Полное собрание сочинений. М: Гослитиздат, 1955–1961. Т. 1–13.
17. Лэйнг Р.Д. Феноменология переживания. Райская птичка. О важном: пер. с англ. Львов: Инициатива, 2005. 352 с.
18. Погодин И.А. «Конусно-слоевая» модель организации психической жизни в поле // Диалогово-феноменологическая психотерапия: ресурсы первичного опыта: в 5 т. Т. 3 (12): Теория поля и особенности психотерапевтической практики: сб. ст. Киев: Изд. дом Дмитрия Бураго, 2013. С. 24–35.
19. Перманентный процесс рождения как фактор психотерапии: рождаясь ежесекундно заново // Консультативная психология и психотерапия. 2013. № 3. С. 166–178.
20. Мамардашвили М.К. Картезианские размышления. М.: Прогресс, 2001. 352 с.
21. Мамардашвили М.К. Формы и содержание мышления. М., 2011. 288 с.
22. American Psychiatric Association (2000) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: 4th Ed. text revision. APA, Washington, DC.

REFERENCES

1. Pogodin I.A. *Dialogovo-fenomenologicheskaya psikhoterapiya: resursy pervichnogo opyta: sbornik statei: v 5 tomakh. Tom 2 (10): Fundamental'nyi paradoks prisutstviya i teoriya polya v psikhoterapii perezhivaniem* [The Dialogue-phenomenological psychotherapy: resources of primary experience: collection of articles. 5 vols. Vol. 2 (10): The Fundamental paradox of presence and the theory of a field in psychotherapy experience]. Kiev, Dmitriy Burago Publ., 2013, 108 p.
2. Pogodin I.A. *Dialogovo-fenomenologicheskaya psikhoterapiya: resursy pervichnogo opyta: sbornik statei: v 5 tomakh. Tom 1: Filosofskie i estestvenno-nauchnye osnovaniya terapii, fokusirovannoi na pervichnom opyte* [The Dialogue-phenomenological psychotherapy: resources of primary experience: collection of articles. 5 vols. Vol. 1: The philosophical and natural-science bases of the therapy focused on primary experience]. Kiev, Dmitriy Burago Publ., 2012, 112 p.
3. Pogodin I.A. *Dialogovo-fenomenologicheskaya psikhoterapiya: resursy pervichnogo opyta: sbornik statei: v 5 tomakh. Tom 3 (12): Teoriya polya i osobennosti psikhoterapevticheskoi praktiki* [The Dialogue-phenomenological psychotherapy: resources of primary experience: collection of articles. 5 vols. Vol. 3 (12): Theory of a field and feature of psychotherapeutic practice]. Kiev, Dmitriy Burago Publ., 2013, 112 p.
4. Pogodin I.A. *Zhizn' kak nepreryvnyi akt rozhdeniya* [Life as a continuous act of birth]. In: Pogodin I.A. *Dialogovo-fenomenologicheskaya psikhoterapiya: resursy pervichnogo opyta:*

- sbornik statei: v 5 tomakh. Tom 1: Filosofskie i estestvenno-nauchnye osnovaniya terapii, fokusirovannoi na pervichnom opyte* [The Dialogue-phenomenological psychotherapy: resources of primary experience: collection of articles. 5 vols. Vol. 1: The philosophical and natural-science bases of the therapy focused on primary experience]. Kiev, Dmitriy Burago Publ., 2012, pp. 42–59.
5. Maier D. *Sotsial'naya psikhologiya* [Social psychology]. St. Petersburg, Piter Publ., 1997, 688 p.
6. Kernberg O.F. Severe personality disorders. Yale University Press, 1994 (Russ. ed.: Kernberg O.F. Tyazhelye lichnostnye rasstroistva: Strategii psikhoterapii. Moscow, 2000, 464 p.
7. Korolev K. *Strategicheskaya psikhoterapiya zavisimosti v kontekste geshtal't-podkhoda: nartsissicheskii vyzov* [Strategy psychotherapy of dependences in the context of gestalt approach]. *Geshtal't-2009: spetsial'nyi vypusk po probleme zavisimosti* [Gestalt-2009: Special Issue on the relationship problem]. Moscow, MGI Publ., 2009, pp. 21–31.
8. Kohut H. The Analysis of the Self: A Systematic Approach to the Psychoanalytic Treatment of Narcissistic Personality Disorders. N.Y., International Universities Press 1971. (Russ. ed.: Kohut H. Analiz samosti: Sistematskii podkhod k lecheniyu nartsissicheskikh narushenii lichnosti. Moscow, Kogito-Tsentr Publ., 2003, 368 p.
9. Plokk S. *Rabota s neizlechimym: postroenie terapevtskogo al'yansa s khronicheskim shizofrenikom* [Work with the incurable: creation of therapeutic alliance with the chronic schizophrenic]. *Ekzistentsial'naya traditsiya: filosofiya, psikhologiya, psikhoterapiya* [Existential tradition: philosophy, psychology, psychotherapy], 2004, no. 2, pp. 69–77.
10. Pristupa A. *Geshtal't-terapiya v lechenii patsientov s pogranichnym rasstroistvom lichnosti. Osobennosti protsessa* [Gestalt-therapy in treatment of patients with disorders of personality. Features of process]. *Geshtal't-2007* [Gestalt-2007]. Moscow, MGI Publ., 2007, pp. 67–81.
11. Reshetnikov M.M., ed. *Psikhoanaliz depressii* [Psychoanalysis of depressions]. St. Petersburg, Vostochno-Evropeiskii Institut Psikhoanaliza Publ., 2005, 164 p.
12. Pyatronene G. *Sposoby osmysleniya zhizni bol'nymi shizofreniei* [Ways of judgment of life patients with schizophrenia]. *Ekzistentsial'naya traditsiya: filosofiya, psikhologiya, psikhoterapiya* [Existential tradition: philosophy, psychology, psychotherapy], 2004, no. 2, pp. 129–133.
13. Pogodin I.A. *Priroda «bezumiya»: dialogovo-fenomenologicheskii podkhod* [Nature of «madness»: the dialogue-phenomenological approach]. In: Pogodin I.A. *Dialogovo-fenomenologicheskaya psikhoterapiya: resursy pervichnogo opyta: v 5 tomakh. Tom 4(13): O prirode i psikhoterapii «bezumiya»* [The Dialogue-phenomenological psychotherapy: resources of primary experience. 5 vols. Vol. 4(13)]. Kiev, Dmitriy Burago Publ., 2014, pp. 27–41.
14. Scheler M. Das Ressentiment im Aufbau der Moralen. Frankfurt am Main, Klostermann, 1978. 117 S. (Russ. ed.: Sheler M. Resentiment v strukture moralei. St. Petersburg, Nauka, Universitetskaya kniga Publ, 1999, 204 p.).
15. Fuko M. Istoriya bezumiya v klassicheskuyu epokhu [History of madness during a classical era]. St. Petersburg, Universitetskaya kniga Publ., 1997, 576 p.
16. Mayakovskii V.V. Polnoe sobranie sochinenii [Complete edition]. Moscow, Goslitizdat Publ., 1955–1961, 13 vols.

17. Laing R.D. Politics of Experience, and The Bird of Paradise. Harmondsworth, 1967 (Russ. ed.: Laing R.D. Fenomenologiya perezhivaniya. Raiskaya ptichka. O vazhnom [Phenomenology of experience. Paradise birdie. About important]. Lvov, Initsiativa Publ., 2005, 352 p.
18. Pogodin I. «Konusno-sloevaya» model' organizatsii psikhicheskoi zhizni v pole [The model of the organization of mental life in the field]. In: Pogodin I. *Dialogovo-fenomenologicheskaya psikhoterapiya: resursy pervichnogo opyta: v 5 tomakh. Tom 3(12): Teoriya polya i osobennosti psikhoterapevticheskoi praktiki* [The Dialogue-phenomenological psychotherapy: resources of primary experience. 5 vols. Vol. 3(12): The field theory and feature of psychotherapeutic practice]. Kiev, Dmitriy Burago Publ., 2013, pp. 24–35.
19. Pogodin I. *Permanentnyi protsess rozhdeniya kak faktor psikhoterapii: rozhdayas' ezhesekundno zanovo* [Permanent process of the birth as a psychotherapy factor]. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya* [Counseling Psychology and Psychotherapy], 2013, no. 3, pp. 166–178.
20. Mamardashvili M.K. *Kartezinskie razmyshleniya* [Cartesian Meditations]. Moscow, Progress Publ., 2001, 352 p.
21. Mamardashvili M.K. *Formy i sodержание myshleniya* [Forms and content of thinking]. Moscow, 2011, 288 p.
22. American Psychiatric Association (2000) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: 4th Ed. text revision. APA, Washington, DC.

Погодин И.А. Диалогово-феноменологическая психотерапия психических расстройств: особенности подхода // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2015. Т. 11, № 1. С. 77–94.

Аннотация. В работе представлена попытка описать условия, при которых была бы возможна психотерапия психических расстройств в рамках методологии диалогово-феноменологической психотерапии. Автор рассматривает «безумие» в качестве культурального мифа, функционирующего на правах концептуального вируса. Отсюда же и вытекают особенности соответствующей психотерапии, предлагаемой в работе.

Ключевые слова: диалогово-феноменологическая психотерапия, переживание, культуральный миф, концепция, концептуальный вирус, присутствие, феномен-инновация, первичный опыт.

Информация об авторе:

Погодин Игорь Александрович, кандидат психологических наук, доцент, директор Института Гештальта. Белоруссия, 220000, Минск, ул. Лобанка, 14-88. тел. +375173996546. pogodin.igor@gmail.com.

Pogodin I.A. Dialogovo-fenomenologicheskaya psikhoterapiya psikhicheskikh rasstroistv: osobennosti podkhoda [Dialogue-phenomenological psychotherapy of mental disorders: peculiarities of approach] (Russian). *Vestnik psikhiiatrii i psikhologii Chuvashii* [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology], 2015, vol. 11, no. 1, pp. 77–94.

Abstract. The paper describes an attempt to reveal possible conditions for psychotherapy of mental disorders within the framework of dialogue-phenomenological psychotherapy methodology. The author regards «madness» as a cultural myth, functioning as a concept virus, this view giving ground for distinguishing the peculiarities of the corresponding psychotherapy.

Keywords: dialogue-phenomenological psychotherapy, emotional experience, cultural myth, conceptual virus, presence, phenomenon-innovation, primary experience.

Information about author:

Pogodin Igor, PhD in Psychology, Associate Professor, Director of Geshtalt Institute. 14-88, Lobanka st., Minsk, 220000, Belarus. Tel. +375173996546. *pogodin.igor@gmail.com*.

Поступила 09.02.2015
Received 09.02.2015