

НЕОБХОДИМАЯ УТОПИЯ

ИНТЕРВЬЮ С М.Д. НОРАМБУЭНОЙ

Мигель Д. Норамбуэна — психолог, философ, поэт и писатель, а также — директор центра-приюта для людей с тяжелыми личностными нарушениями. Это человек необычной судьбы.

Он родился в Англии, школьные годы провел в Бразилии и в Чили. Вскоре после поступления в Школу изобразительных искусств в Сантьяго (Чили) он бросил учебу и уехал вглубь страны, где в течение двух лет жил среди индейцев мапуче.

После государственного переворота, совершенного генералом Пиночетом, был арестован. Через несколько месяцев после ареста ему удалось бежать в Сантьяго и получить политическое убежище в Швейцарии.

В 1976 году М.Д. Норамбуэна встретил в Париже Дэвида Купера — основателя (наряду с Рональдом Лэйнгом) движения антипсихиатрии — и стал его учеником. В это же время он проходил обучение в Высшей школе социальных наук в Париже по специальности «социальная психопатология», участвовал в семинарах Феликса Гваттари и прошел у него курс анализа.

Около 30 лет назад М.Д. Норамбуэна открыл в Женеве центр «Ракар», в котором ведет психотерапевтическую работу с тяжелыми пациентами в рамках своего подхода, который он называет «психосоциальной анимацией». Этот подход реализует особую стратегию индирективной работы с пациентами, в которой нашли сочетание философские идеи Ф. Гваттари, идеи движения антипсихиатрии и собственный опыт жизни и работы М.Д. Норамбуэны с трудными пациентами. Во время своего двухлетнего пребывания в Москве М.Д. Норамбуэна также работал с группой больных на базе психиатрической клиники им. П.Б. Ганнушкина.

Центр «Ракар» — это частное учреждение, которое, хотя и находится в тесных отношениях с другими социальными институтами (клиниками, социальными центрами и т.д.), остается невключенным ни в какие традиционные медицинские и воспитательные практики. «Ракар» представляет собой одновременно и приют, где есть все необходимое для человека, ищущего прибежище на ночь или на несколько дней (здесь можно переночевать, принять душ, постирать вещи, получить ужин и завтрак), и место, где можно жить более длительное время и получать самую разнообразную помощь, в том числе социальную и психологическую. Постояльцами этого центра являются в основном люди, оказавшиеся по разным причинам «на обочине жизни», — наркоманы, психически больные, алкоголики, люди, которые подверглись насилию, больные гепатитом С, проститутки. В центре «Ракар»

создано своего рода терапевтическое сообщество, в котором специалисты и пациенты проводят часть жизни вместе. Центр работает с 17 часов вечера и до 10.45 следующего дня, а также остается открытым в праздничные дни. Сотрудники дежурят в Центре посменно днем, кто-то из них также остается на ночь. Днем постояльцы покидают центр, а вечером могут вновь в него вернуться. В центре работает команда специалистов в области психологии, педагогики и антропологии.

Мигель Д. Норамбуэна (М.Д.Н.): Я руковожу маленьким городским центром на девять мест, который основал 30 лет назад. Он находится в центральном квартале Женевы. Во всей Женеве насчитывается примерно 300 тысяч жителей. В центре города расположены престижные кварталы, где живут самые богатые люди в мире. Однако, несмотря на материальное благополучие, тут можно встретить немало и совсем молодых, и уже взрослых людей, страдающих от разного рода зависимостей.

В Женеве — городе, обладающем большими возможностями, — есть много самых разных больниц и центров, как государственных, так и частных. Благодаря развитой социальной системе каждый человек, у которого возникают проблемы, оказывается включенным в целую систему медицинской, социальной и психологической помощи. Но при этом некоторым людям все же не удается вылечиться.

Виктория Архангельская (В.А.): *Можете ли Вы рассказать немного о том, как возникли Ваш подход и Ваш центр?*

М.Д.Н.: Идеи, лежащие в основе моего подхода, были придуманы, конечно, не только мной. Во многом они идут из практики работы с пациентами, которая родилась после Второй Мировой войны во Франции благодаря доктору Тоскелю, стоящему у истоков так называемой «психотерапии в учреждении».

Доктор Франсуа Тоскель — испанец, он бежал от режима Франко во Францию и возглавил там одну старую психиатрическую клинику. Условия работы были очень сложными: после войны не было ни денег, ни помощи от государства, и для работы клиники необходимо было делать, прежде всего, самые насущные повседневные дела: восстанавливать здание, сажать картошку, чтобы прокормить больных и персонал, готовить еду и т.д. В этих делах участвовали все — и пациенты, и сотрудники. В то время Тоскель заметил, что самая элементарная физическая работа, которую, даже несмотря на свое тяжелое заболевание, мог делать каждый пациент — а Тоскель работал с тяжелыми пациентами, страдающими шизофренией, — изменяла их психическое состояние на лучше-

му. Кроме того, в клинике не было отдельных помещений для больных и для персонала, поэтому все собирались вместе и могли обсуждать все, что угодно, читать вслух книги и т.д.

Так родилась идея, что терапия может осуществляться **не в учреждении, а самим этим учреждением**, т.е. особой формой **совместной жизни**, где персонал и клиенты работают и живут вместе.

Была и еще одна клиника, где практиковали подобный подход, — клиника Ла Борд недалеко от Парижа, где мне посчастливилось бывать и где я познакомился с Феликсом Гваттари, который там работал. Теоретической основой работы этой клиники стал лакановский психоанализ. Там также практиковались собрания, в которых участвовали как больные, так и персонал. Это создавало пространство, где пациенты могли высказывать недовольство чем-нибудь, могли что-то обсуждать. На этих собраниях возникало место для каждого, тем самым становился возможным диалог, который стал важнейшим принципом работы. Диалог в данном случае означает утверждение **присутствия Другого** в терапевтических отношениях в учреждении.

Конец 60-х был в Европе временем необычайного обновления во всех областях общества и культуры. Оно коснулось и работы с больными в психиатрических клиниках. Очень много обсуждалась тогда практика работы с людьми: что хорошо и что плохо — все ставилось под вопрос. То, что возникало на волне этого движения, позже начинало воплощаться в работе организаций, происходила институционализация этого движения.

Вот тот контекст, в котором родился наш центр «Ракар» в Женеве.

В.А.: *Кто ваши пациенты?*

М.Д.Н.: Обычно это люди с достаточно серьезными проблемами. Это могут быть тяжелые больные, которые, несмотря на лечение, все равно продолжают находиться в депрессии, которым не удается вернуться на работу и включиться в нормальную социальную жизнь. Это могут быть наркоманы, которых также не удается вылечить. Люди с серьезными психическими нарушениями пограничного и психотического уровня. Люди с глубокими нарушениями поведения, от которых фактически отказываются их семьи. Всех их объединяет, пожалуй, то, что они по тем или иным причинам исключены из общества, от них все отказались — это социальные изгои, отверженные.

С одной стороны, поскольку у этих людей часто имеются очень серьезные проблемы с поведением, — они могут быть, например, очень агрессивными, — они не только оказываются исключенными из об-

щества и из семьи, но даже в больницах, куда они иногда попадают, от них стараются избавиться. Их существование не хотят признавать. Таким пациентам не удастся справиться с жестокостью, направленной на них, и они испытывают ответную агрессию. Это своего рода брошенные сироты. С другой стороны, они страдают от чувства безнадежности и экзистенциальной пустоты.

С такими людьми очень трудно работать.

В.А.: *Сколько времени пациенты живут в центре?*

М.Д.Н.: В принципе они могут жить столько, сколько это необходимо.

Однако здесь есть определенные трудности. Самое большое опасение организаций, которые оплачивают пребывание пациентов в центре, — это хроническое заболевание: никто не хочет возиться с хроническими больными. Но что делать с людьми, которые живут в состоянии тотального провала, неудачи, которые никогда не смогут адаптироваться в обществе? По сути это «хроники». Но никто не хочет признавать, что такие «хроники» есть в обществе.

У нас действует система, при которой пациент может находиться в клинике в течение трех месяцев. Через три месяца необходимость его пребывания в клинике должна быть подтверждена. Человек может находиться в клинике 3, 6, 9, 12 или больше месяцев. Часто пациенты живут у нас подолгу. Однако смена пациентов все же происходит: иногда пациент должен уехать (например, в соматическую больницу), и когда он возвращается, его место оказывается уже занятым. Или, например, если он что-то украл, его могут посадить в тюрьму. Если у пациента психоз, который развивается слишком интенсивно, он бывает вынужден лечь в психиатрическую клинику.

В.А.: *В чем Вы видите основные трудности в работе с такими пациентами?*

М.Д.Н.: Как я уже сказал, наши пациенты — это люди, которые постоянно терпят неудачу, находятся в состоянии провала в жизни; они убеждаются в своей полной несостоятельности и на каждом шагу сталкиваются с жестокостью исключения.

Иными словами, эта их тотальная жизненная неудача — не только психологическая, но и социальная. У них нет денег. Они исключены из всякого общественного пространства. В семье их также не хотят принимать, потому что их поведение асоциально. Например, они употребля-

ют наркотики или алкоголь, и если вы оставили свои вещи или деньги, то они могут их украсть, потому что наркотики и алкоголь сильнее, чем их воля. Если ты алкоголик, то алкоголь сильнее, чем твоя воля. Нельзя сказать алкоголику: «перестань пить». Говоря так, мы предполагаем, что воля может быть сильнее, чем алкоголь, но это не так. Когда вы употребляете героин или кокаин — это тем более не так. Эти люди уже не могут остановиться. И к тому же это целая криминальная система, и она тоже сильнее, чем воля отдельного человека.

То, что меня больше всего интересует как терапевта, — это такой человек, который терпит неудачу. Удивительно, но такие люди приводят к неудаче и всю социальную систему в целом!

В каждом обществе есть люди, которых не удается в него интегрировать. Ни медицина, ни вся фармацевтическая промышленность, ни психотерапия, никакая социальная практика не могут ничего с этим сделать. Представьте себе: вы психотерапевт, психиатр или психоаналитик. К вам приходит такой пациент, и в какой-то момент вы понимаете, что все, что вы знали до сих пор, вам никак не помогает. Это производит сильное впечатление. Такие люди, как говорится, очень «плохие пациенты», потому что они не устанавливают «рабочего альянса» и вообще абсолютно не хотят никакого сотрудничества.

Парадокс состоит в том, что, с одной стороны, эти люди не могут жить без помощи, но, с другой стороны, они не хотят и не могут принимать помощь, которую вы им предлагаете. Такие пациенты не могут быть психологически автономными. Иногда они даже выглядят очень мотивированными, и вам кажется, что вы можете помочь им выбраться из беды, но когда вы предлагаете им помощь, они не могут ее принять. Это основная их проблема. Вот этот парадокс меня и интересует.

Одна из важных установок подхода, который мы разрабатываем в нашем центре, заключается в том, что пациенты клиники получают психотерапевтическую помощь, но при этом речь не идет о том, чтобы их «вылечить».

Очень непросто реализовывать эту установку на практике. И, прежде всего, необходимо работать с самим персоналом. Нужно, чтобы специалисты избавились от идеи, что они могут помочь.

Наши пациенты, прежде чем попасть к нам, обычно уже имеют большую историю общения с врачами, психологами, психиатрами, священниками и т.д., и они уже заставили всех этих специалистов потерпеть неудачу в работе. Как только они почувствуют, что у вас есть идея им помочь, то они непременно сделают так, что и вы потерпите неудачу. Поэтому в нашем Центре приходится работать не только с пациентами, но также — и прежде всего — с самими сотрудниками.

В.А.: *Могли бы вы немного рассказать, в чем состоит эта работа со специалистами?*

М.Д.Н.: Обычно психотерапия опирается на то, что пациент хочет, чтобы ему помогли, хочет, чтобы ему было лучше. А в нашем случае речь идет о людях, которые не хотят, чтобы им было лучше, и не хотят, чтобы им помогали. Очень непросто придумать что-то в такой ситуации.

В случае наших пациентов, которые уже не раз были включены в рамки различных практик (медицинских, воспитательных, психотерапевтических и т.д.), где они оказывались вовлеченными в определенные системы норм, целей и путей достижения этих целей и, пытаясь соответствовать этим нормам и достигать этих целей, каждый раз терпели неудачу, — в этом случае нужно искать другое представление о том, чем должна быть практика работы.

Если в случае более «благополучных» пациентов нормативные парадигмы могут быть эффективными, то здесь — нет. Так как в нашей команде работают психологи, то первое, что нам приходится сделать, — это «разучить» их всему тому, чему они научились в университете или в клинике. В университете многому учат, и это хорошо. Однако чаще всего все эти знания в наших условиях не только не помогают, но, как это ни странно, — мешают. Иногда нужно отказаться от привычного взгляда на вещи, чтобы обнаружить нечто новое, адекватное данному контексту и данной проблеме. По сути, необходимо по отношению к каждому пациенту изобрести особый, уникальный, индивидуальный подход — свой «диспозитив».

Это и есть то, чему я учился у своего учителя — основателя движения «антипсихиатрии» Дэвида Купера.

У нас проходят еженедельные семинары, на которых каждый из специалистов рассказывает о том, что произошло с ним за это время в Центре. Эти истории очень важны. Мы обсуждаем их и потом совершаем так называемое «метамоделирование», т.е. размышляем над этим материалом, используя некоторые концепты, взятые мной из философии Феликса Гваттари и Жили Делёза.

Каждый день в своей практике мы встречаемся с ситуациями взаимодействия с людьми, живущими в радикальной «инаковости», в мире, радикально отличном от нашего. Например, наш центр закрывается в 10.45. Все постояльцы должны разойтись. Однако один из наших пациентов, страдающий навязчивостями, бесконечно повторяет свои ритуалы и не может вовремя позавтракать и уйти. Что делать? Если мы будем его торопить, если мы прервем его действия, то ответом будет тревога, агрессия или уход в себя. Ведь все эти дей-

ствия являются для него необходимостью, они требуют своего выполнения. Но тут есть другая возможность. Мы можем **позволить** ему закончить весь навязчивый ритуал, спокойно давая ему для этого время. Только в этом случае мы сможем построить с ним необходимые терапевтические отношения. Но это, в свою очередь, требует от нас большого терпения. Ведь ситуации ожидания **в нас самих** вызывают тревогу и агрессию и потому ставят перед необходимостью совершать работу над собой.

Наши пациенты постоянно ставят **перед нами самими** предельные экзистенциальные вопросы. Прежде всего, каждый из нас должен спросить **себя**: а что я делаю со своим страхом? Что я делаю со своей тревогой бытия? Что я делаю со своей агрессией?

На наших семинарах мы размышляем над подобными проблемами — проблемами, с которыми мы сталкиваемся в своей повседневной работе, — и мы стараемся при этом задавать самые разные точки зрения на них: историческую, антропологическую, психологическую, философскую и т.д.

В.А.: *Расскажите, пожалуйста, немного подробнее о Вашем подходе: в чем его основная идея?*

М.Д.Н.: Психосоциальная анимация — это создание придуманного, изобретенного пространства. Это пространство, в котором «быть-с-другим» в терапевтических, социальных, дружеских отношениях означает создавать возможность для того, чтобы каждый человек смог обнаружить свою индивидуальность, уникальность и, тем самым, смог подтвердить свое существование.

В чем заключается «работа» с пациентами в центре «Ракар»?

Мы просто живем вместе с нашими пациентами. Казалось бы, это обычная повседневная жизнь. Но каждую ситуацию мы пытаемся организовать так, чтобы появлялся определенный тип отношений. Суть этих отношений — в своего рода «конъюнкции», совместности. Пациент и терапевт, я и ты. Чтобы Другой мог появиться, необходимо **«сконструировать»** это «и».

Есть два способа выстраивать отношения между людьми. Первый — это «я и другой». Вторым — это «я в другом». Этот второй способ есть своего рода «поглощение» другим. Такова, например, любовная страсть. Когда человек влюбляется, то он находится «в другом», он «поглощен» другим. При этом мы устанавливаем систему долженствований друг перед другом. Отсюда проистекают проблемы, пожалуй, всем нам хорошо знакомые в повседневной жизни: «ты меня не любишь!».

В центре «Ракар» мы ищем возможность не быть в другом. Наша задача — выстроить отношение «и» с каждым пациентом, создать условия, чтобы Другой мог появиться как отдельный, особенный, уникальный человек. Нужно, чтобы он мог появиться таким, каков он есть, а не таким, каким мы хотим, чтобы он был.

Здесь важно понять, что мир больного человека — это мир **радикальной инаковости**: он существенно отличен от нашего. Больной человек живет совсем в другом **темпе** — часто гораздо более медленном, нежели привычный для нас темп современной жизни. Нам же иногда трудно иметь дело с таким темпом жизни, и мы начинаем торопить пациента, разрушая тем самым те индивидуальные стратегии, которые он выработал для того, чтобы справляться с повседневными ситуациями.

Человек в психотическом состоянии, например, пациент с бредом и галлюцинациями, живет в очень сложном мире, где много тревоги, аффектов и т.д., а наркоман существует в состоянии опустошенности, в «пустом» мире.

Единственное, что можно делать, — это поддерживать и помогать вырастать собственным (в каждом случае индивидуальным) формам жизни человека в его собственном мире и в том социальном пространстве, где он присутствует для других и во взаимодействии с другими.

Поэтому следует отказаться от того, чтобы навязывать пациенту предустановленную сетку правил, к которым он должен приспособливаться в отношениях с другими людьми. Речь должна идти скорее о том, чтобы создать условия, в которых могут «встретиться», придти в соприкосновение и во «взаимодействие» разные «миры». Подчас это будут миры, совсем нам непонятные и далекие от того, что принято считать «нормальным». Если мы не будем ставить задачу «переделывать» эти миры, «улучшать» или «исправлять» их, а будем стараться лишь создавать условия для встречи и взаимодействия одного мира с другим, то в этом взаимодействии представления каждого из участников и его поведение сами проходят проверку на правильность и эффективность.

В.А.: *Как же Вы создаете эти ситуации встречи и взаимодействия?*

М.Д.Н.: Особое место здесь занимают «**ритуалы**» нашей повседневной жизни. Например, мы вместе обедаем. Часто мы специально **усиливаем** элемент ритуализации. Мы предлагаем пациентам помогать готовить пищу; перед тем, как садиться за стол, просим кого-то из них позвать остальных; здороваемся с каждым за руку и т.д. Все это — способы организовать ситуации взаимодействия. Таким образом, совместный ужин — это очень важный способ такой организации.

В какой-то момент это символическое пространство, в котором можно работать с «темой поглощения»; в какой-то момент — это социальное пространство, возможность установления контакта, отношений.

Так, если вы имеете дело с пациентом, у которого паранойя, то обычно с ним бывает очень трудно установить контакт. Но во время обеда это можно сделать. Например, я говорю ему: «Ты можешь передать мне соль?». И дальше я смотрю, как он будет это делать. Если он передает мне в руки — это одно, если он ставит соль и отворачивается от меня — это другое, если делает вид, что вообще не слышит моей просьбы, — третье, и т.д. В зависимости от этого можно найти тот или иной способ контакта с ним. Таким вот образом терапевтический акт «включения» пациента в социальное взаимодействие происходит через повседневную ситуацию.

Кроме того, во время разговора за ужином пациенты могут рассказать о том, что произошло сегодня, как они провели день, или о том, что они услышали в новостях. Разговор может быть на какие угодно темы — политические, социальные, экономические, о семье, о бедности и т.д., — все это способ заговорить о том, что тревожит пациентов, и об их проблемах **без того**, чтобы они воспринимали это как еще одну попытку им помочь, их вылечить и т.д.

Если пациент хочет специально обсудить какую-то свою проблему, мы идем в кабинет, и он может поговорить с кем-то из нас индивидуально. Но такое происходит только в том случае, когда отношения уже позволяют это делать. Команда терапевтов должна быть очень внимательна к тому, в какой момент в отношениях с тем или иным пациентом подобная возможность появляется. Это составляет ту специфическую задачу «психотерапии в учреждении», которую мы ставим перед собой в центре «Ракар».

Есть еще одна важная вещь в организации нашей работы — это **«усилие»**. В нашем обществе — я имею в виду современное европейское общество, такое, например, как в Швейцарии, — нас прогрессивно освобождают от каких бы то ни было усилий. Прогресс ведь, собственно, и направлен на то, чтобы максимально освободить человека от всяких «лишних» умственных и физических действий. И эта тенденция делает нас, в конце концов, фактически **«инвалидами»**. Основной вектор нашего «прогресса» есть, по сути, вектор «инвалидизации» человека, прогрессирующего превращения его — вне системы «обеспечивающих» его жизнь условий и отношений — в беспомощное и неполноценное существо.

Принцип работы в нашем центре в каком-то смысле направлен **против** течения прогресса. И здесь для меня оказался важен мой опыт жизни среди индейцев.

Я жил в племени мапуче и много работал вместе с индейцами на земле. Прежде всего, я увидел, как сложна их жизнь. Они встают каждое утро очень рано. Еще очень холодно, и первое, что они делают, — собирают ветви, чтобы разжечь огонь.

Чтобы продолжать жить, нужно все время прикладывать физические и умственные усилия. Это был для меня очень важный урок. Я нахожу в этом образе жизни большое человеческое достоинство. Все эти их повседневные действия и заботы — это не просто **физические** действия, но, прежде всего, действия **психологические**. Они составляют — как говорили древние китайцы — «дыхание жизни».

Эту идею мы воплощаем в нашей работе.

Так, например, у нас есть очень старый телевизор, который плохо работает. Каждый раз, когда человек хочет посмотреть телевизор, ему нужно извлечь его из шкафа, раскрутить шнур, т.е. преодолеть несколько препятствий, чтобы его установить.

Мои коллеги говорили мне: «Послушай, ну это же глупо! Мы живем в Швейцарии — одной из самых богатых стран мира, — и у нас такой старый и плохой телевизор. Почему ты не хочешь купить новый? Почему мы не можем купить телевизор с пультом? Ведь так будет лучше для пациентов. Они больны и заслуживают заботы».

Но, на мой взгляд, в работе с пациентами мы должны быть для больных не «хорошими», а эффективными. После двух лет дискуссий мы с коллегами все же пришли к согласию по этому вопросу.

Идея состоит в том, как создать максимум препятствий и заставить пациента спланировать способ преодоления возникшей трудности, сделав это самому или во взаимодействии с терапевтом. Теперь пациент, который хочет посмотреть телевизор, должен спросить разрешения, потом вынуть аппарат из шкафа и сделать целую серию действий. Он открывает шкаф. «Можно взять? — Да, возьми, но он тяжелый, осторожно. — Ты можешь мне помочь? — Да, я помогу тебе».

Эта постоянная необходимость принимать совместные решения и совместно преодолевать препятствия создает условия для терапевтических отношений вполне определенного качества. И именно такие отношения приносят пользу пациентам.

Если человек не справляется, если он в плохом состоянии, то мы ему помогаем. Но если он может сделать то, что нужно, сам, мы предоставляем ему такую возможность. Мы ставим его в такую ситуацию, в которой он должен — здесь-и-сейчас — научиться решать, как он может преодолеть возникающие на его пути сложности.

Все это является терапевтическим и составляет важное измерение психотерапии в учреждении.

В.А.: *Вы обладаете уникальным опытом понимания различных практик изнутри. Например, Вы знаете, как происходит работа с больными в обычной швейцарской психиатрической клинике, как это происходит в Вашем Центре, где Вы реализуете совершенно иной подход, и теперь у Вас есть опыт работы в российской психиатрической клинике. Не могли бы Вы сказать, в чем, по-Вашему, разница в работе с больными во всех этих случаях?*

М.Д.Н.: Наш Центр в Женеве — это частный центр. Он получает государственные деньги, однако находится вне психиатрической системы.

Здесь, в Москве, хотя я и работаю в психиатрической клинике, но моя работа также проходит в совершенно особых условиях. Я работаю с пациентами в рамках общества самопомощи «**Новые возможности**», которое создано внутри Отделения внебольничной психосоциальной реабилитации Московского Научно-исследовательского Института Психиатрии. В этом институте, как мне показалось, возможны инновации. Здесь меня приняли благодаря человеку, возглавляющему эту организацию «Новые возможности».

Если я правильно понимаю, то, с одной стороны, есть психиатрическая клиника — со своими вполне традиционными практиками лечения пациентов, — с другой же стороны, внутри этой психиатрической клиники есть и какие-то другие, очень передовые формы работы.

Между прочим, в Женеве внутри психиатрической клиники просто не может существовать такая «открытая» организация. Честно говоря, я был поражен, когда узнал об этом. Я приехал из Европы, где думают, что там «самая гуманистичная» психиатрия в мире, но там такого нет. В Европе бытует еще представление о российской психиатрии, что она ужасная, что она используется в политических целях и тому подобное.

В рамках организации «Новые возможности» каждый день происходит много разных мероприятий для пациентов. Театр, поэзия и т.д. — это удивительно! Каждый четверг я веду занятия в психотерапевтической группе, которую я назвал «Опера». В ней 8—12 постоянных участников. Это пациенты, которые приходят из больницы или извне.

Так как я привык работать с очень сложными пациентами, мне дали действительно очень тяжелых больных. Прежде всего, я задал себе вопрос: что я могу сделать для этих людей?

Я побывал на других занятиях, и меня потрясло то, что все они были очень директивными. Я понял, что во многих группах работа осмысливается в терминах «**продуктивности**», т.е. в терминах достигнутых результатов, причем таких результатов, которые были бы получены достаточно быстро и были бы видны «невооруженным глазом».

Однако в случае работы с тяжелыми пациентами мы не можем ожидать, что им быстро станет лучше. Терапевтические отношения нужно строить из расчета, что на достижение заметного улучшения требуется очень много времени.

И для меня важно еще, чтобы люди, которые стали работать в этой группе, смогли придти к самим себе, исходя из своих собственных возможностей, а не принимали бы на себя некую ожидаемую от них форму поведения, которая демонстрировала бы, что им лучше. В противном случае результат, даже если он и будет получен, не будет продолжительным и устойчивым. Для меня поэтому было очень важно вести себя с этими людьми, которые страдают шизофренией, максимально **индирективно**.

Вопрос, который прежде других встал для меня при работе в этой группе, заключался в том, **как мне не быть директивным?** Как инициировать групповой процесс, в котором **все шло бы само собой?**

В начале, конечно, возникает хаос. Но в этом хаосе каждый, так или иначе, начинает сам себя организовывать — настолько, насколько он сейчас это может сделать. Это как некий переход из одного состояния в другое, но важно, что это второе состояние не задано заранее мной как ведущим. Это очень сбивает с толку. Я стараюсь использовать **все, что возникает спонтанно**, для того чтобы создать то самое «изобретенное» пространство, в котором возможна встреча с Другим.

Психолог, который участвует в работе этой группы, поначалу стал протестовать и возмущаться: «Ты делаешь невесть что! Это не имеет никакой цели, никакого смысла. И это противоречит абсолютно всему, что я знаю: человек, страдающий шизофренией, нуждается в установлении границ. А ты намеренно не выстраиваешь никаких границ!».

Но это не так. Граница есть, но это — граница, которую **выстраивает сам пациент**. Я просто не задаю ему никаких границ **извне**.

В.А.: *Сколько времени уже работает эта Ваша группа?*

М.Д.Н.: Полтора года. Важно сказать также, что это «**закрытая**» группа, в которой одни и те же постоянные участники.

В.А.: *Вы видите всё же какие-то результаты? Если да, то как можно описать изменения, которые происходят с пациентами?*

М.Д.Н.: Человеку удобно жить со своей болезнью. Каждому человеку в каком-то смысле очень удобно и хорошо со своим страданием. Это парадоксально, но это так.

Цель, которую я ставлю перед собой, состоит в том, чтобы каждый увидел, что он, несмотря на свою болезнь, способен играть какую-то социальную роль в жизни. Что у него есть, может быть, какое-то свое место в группе, какая-то своя социальная функция — индивидуальная и коллективная.

Все происходящее там — это своего рода «сценирование» (почти в театральном смысле этого слова) ситуаций, которые направлены на установление отношений «я и группа». Я замечаю, что пациенты — и довольно быстро — начинают чувствовать себя достаточно комфортно. Они уже без страха спрашивают: «можно ли выйти?», не ожидая, что я непременно им скажу в ответ: «нет, занятие еще не закончено». Но ведь это действительно не важно — как и в какой момент каждый участник может придти и уйти!

Так, был один пациент, который, находясь в группе, испытывал большую тревогу. Он спрашивал: «Можно выйти в туалет?» — «Да, конечно», — отвечал я ему. Он возвращался и... тут же снова спрашивал то же самое.

Другие пациенты начинали на него сердиться: «Реши, наконец, ты остаешься или уходишь? Так же невозможно! Это ведь мешает профессору!». На что я ответил: «Напротив, меня это не беспокоит. Что меня беспокоит, так это то, что он будет оставаться здесь, испытывая тревогу. Пусть он входит и выходит сколько угодно. Это его ритм».

Таким образом я попытался интегрировать его в группу. Я говорил остальным: «Вы любите сидеть в течение всего занятия, и вам это подходит, — а он хочет выходить и возвращаться. Это его способ **присутствовать в группе**. Нужно это принять».

Он входил и выходил, и это было замечательно.

Нужно создавать **диссонансы**. Диссонансы позволяют **увидеть инаковость** и множественность разных способов жизни. Это же очень интересно: как человек, который все время сидит, может ужиться с тем, кто все время входит и выходит. Моя роль при этом состоит в том, чтобы помочь тому, кто сидит, не испытывать тревогу и агрессию по отношению к тому, кто входит и выходит. Можно было бы сказать так: тот, кто сидит, имеет такое же право на существование, как и тот, кто входит и выходит. Они равны.

Эта идея «диссонанса» — идея различий и инаковости — имеет очень большое значение для людей, которые страдают от внешнего и внутреннего хаоса. Очень важно, чтобы человек, который испытывает внутренний хаос, научился бы — в каждый момент своей жизни — координировать те совершенно разные тенденции, которые есть у него внутри. Ибо в этой «несогласованной реальности» можно найти определенную гармонию.

То, что происходит в группе, инициируется в пространстве **межличностных** отношений, оказывается своего рода «моделью», **прообразом внутренних** отношений. И необходимо, чтобы в этом хаосе каждый мог найти свою точку опоры для того, чтобы «терпеть», «выносить» самого себя — и выносить другого, который отличен от него.

В.А.: Скажите, Мигель, а бывают ли в Вашей практике такие случаи, когда людям становится настолько лучше, что они могут снова вернуться в общество, адаптироваться, жить обычной жизнью?

М.Д.Н.: Нет. Все-таки это — очень больные люди. В центре «Ракар» мы практикуем «терапевтическую жизнь». Фактически «Ракар» становится домом для таких людей, однако — не простым, но **терапевтическим** домом. Поэтому пока они живут в центре, они претерпевают весьма существенные позитивные изменения.

Наше европейское общество становится все более и более селективным, «отсеивающим» тех, кто не способен к социально приемлемой жизни. Такие люди, как наши пациенты, утратили навыки, необходимые для того, чтобы находиться в обществе, — навыки правильно себя вести, нормально разговаривать. Так, когда они попадают в кафе и начинают там неадекватно себя вести, то окружающие моментально видят в этом проблему. Они их выгоняют, вызывают полицию, их сажают в тюрьму. К сожалению, в обыденной жизни такие люди просто не могут быть интегрированы в наше общество. Однако в этом факте я вижу не только проблему самих пациентов, но во многом и проблему нашего общества. Мы должны сказать обществу, что оно тоже ответственно за это.

В.А.: Но общество ведь меняется очень медленно. Должно быть, это психологически очень непросто: работать, зная, что еще очень долго ничего не изменится?

М.Д.Н.: Да, но именно поэтому для меня важно писать материалы в газеты, в журналы, давать интервью. Конечно, делать ту работу, которую мы проводим в нашем Центре — важно, но она немного стоит, если мы не будем одновременно также пытаться работать и с общественным пространством вовне. Мы должны сценарировать также и **общественные события**.

Например, мы делаем выставку работ наших пациентов или пишем книги вместе с командой специалистов. Эти книги есть во всех библиотеках. Если я передам свою книгу в публичную библиотеку и туда

придет обычный человек, который, конечно же, боится сумасшедших, то, возможно, прочитав эту мою книгу и потом встретившись с подобной ситуацией в кафе, он уже не выставит больного человека, а найдет, что ему сказать.

Мы должны создавать пространство диалога между обществом и такими больными людьми.

Конечно же, все эти действия — ничтожно малая «капля в море», практически ничто для того чтобы общество действительно изменилось; но я все равно считаю, что это — необходимо. И конечно, добиться того, чтобы такие люди, как наши пациенты, могли занять в социальном пространстве какое-то свое, достойное место, — это своего рода **утопия**. Но эта утопия необходима: это своего рода экзистенциальный воздух, дающий нам силы для работы.