

МАСТЕРСКАЯ СУБЪЕКТНОСТИ

В.В. АРХАНГЕЛЬСКАЯ

В статье представлены исторические и теоретические контексты возникновения и реализации подхода психосоциальной анимации, практикуемого в Женевском центре Ракар. Рассматриваются некоторые ключевые идеи институциональной психотерапии, одной из ветвей которой является изучаемый подход.

Ключевые слова: институциональная психотерапия, институция, психосоциальная анимация

В рубрике «Мастерская» мы помещаем перевод главы из коллективной монографии 2010 года «От психосоциальной анимации к клинике повседневности», представляющей подход, который ее авторы называют «психосоциальная анимация».

Текст статьи начинается как будто бы с середины. Мы слушаем какой-то уже начавшийся до нас разговор. Ничего еще не понимающего читателя приглашают поучаствовать в живой дискуссии — без введения, предисловия, без подготовки.

Конечно, такое впечатление отчасти обусловлено тем, что глава изъята из контекста книги; однако, пожалуй, это — не главное.

Текст не зря помещен в рубрику «Мастерская». Читатель действительно попадает в настоящую — в буквальном смысле слова — мастерскую, в цех, где кипит работа... Это текст-экскурсия по мастерской. В подобном жанре есть свой аромат, позволяющий ощутить, увидеть работу своими глазами, оказаться сразу внутри нее: не по фотографиям, не по текстам, выдержанным в жанре традиционного научного доклада с последовательным изложением теоретических позиций и положений, методов и процедур, но — через прямое «погружение в гущу событий».

Понятно, однако, что и в этой экскурсии нужен «экскурсовод», без которого большая часть тонкостей искусства осталась бы скрытой от глаз посетителя, без чьего сопровождения посетитель может и не разглядеть за конкретными действиями и обсуждениями, казалось бы, совсем частных вопросов (например, что делать, если скучно слушать кли-

ента, или можно ли принимать от него подарки?) постоянно возобновляемую рефлексивную работу над той теоретической и практической проблематикой, которая составляет основной нерв подхода.

В публикуемом тексте мы имеем дело с непосредственной тканью терапевтической работы, которая «плетется» каждый день и включает в себя множество различных измерений. Для того чтобы познакомить читателя с такой работой, необходимо скорее показывать и демонстрировать ее на конкретных ситуациях, нежели рассказывать «о» ней. Оставляя за текстом такую функцию демонстрации, в своем введении мы решились все-таки рассказать и «об» этой работе, не претендуя при этом на исчерпывающий анализ, но пытаясь дать первоначальный эскиз планов и контекстов «территории», на которой располагается подход «психосоциальной анимации», а также основных вопросов, на которые он пытается давать ответ.

Ракар

«Психосоциальная анимация» представляет собой одну из ветвей «институциональной психотерапии». Подход психосоциальной анимации разработан командой различных специалистов под руководством М.Д. Норамбуэны для работы с тяжелыми пациентами и практикуется уже около 30 лет в женевском центре Ракар¹.

Ракар — небольшой городской центр-приют для людей, которые оказались в сложной жизненной ситуации. Это люди, подвергшиеся насилию; эмигранты или дети эмигрантов, не нашедшие своего места в обществе; люди с серьезными нарушениями психики: психотические больные, пациенты с пограничными личностными расстройствами, с тяжелыми депрессиями, социопаты, проявляющие агрессию и т.д.; люди с различными зависимостями — иными словами, все те, кому не смогли помочь в психиатрических клиниках, социальных и психологических центрах и службах.

Центр Ракар рассчитан на работу всего с девятью пациентами и функционирует как «приют», в котором установлены определенные правила пребывания. Пациенты — или, как их здесь называют, «постояльцы» — в течение некоторого времени (от нескольких дней до нескольких лет) фактически живут в центре: завтракают, ужинают, ночуют, общаются и т.д. Однако днем, с 10 и до 17 часов, они должны поки-

¹ В одном из предыдущих номеров журнала мы уже знакомили читателей с подходом психосоциальной анимации и с центром Ракар (Необходимая утопия. Интервью с М.Д. Норамбуэной // Консультативная психология и психотерапия. 2010. № 2).

нуть дом и проводить свое время в городе. Таким образом, в Ракар в определенной мере воспроизводится ритм и закономерности жизни обычного горожанина.

Однако Ракар — это не просто «гостиница» или «приют»: это своего рода терапевтическое сообщество, в котором ставится задача помощи — социальной и психологической — тем, кто не может принимать помощь в устоявшихся формах, которые предусмотрены в обществе.

В Ракар в меньшей степени представлена психотерапия или социальная работа в том виде, в котором мы привыкли ее представлять и изучать в профессиональных учебных заведениях, со свойственными ей сеттингом, методами, рамкой отношений между терапевтом или социальным работником и клиентом. В центре практически нет отдельных психотерапевтических процедур (регулярных индивидуальных или групповых сессий или тренингов, специально организованной социальной работы, которая ставила бы перед собой прямые социальные цели «адаптации», «социализации» и т.д.).

Именно потому, что клиенты, попадающие в Ракар, уже много раз проходили через подобные мероприятия, которые не увенчались успехом, и тем самым закрепили и без того глубоко переживаемое ими чувство неудачи и исключенности из «нормальной» жизни, в центре осуществляется парадоксальная стратегия: не пытаться напрямую изменить жизнь этих людей.

Те формы взаимодействия, которые, как мы увидим, казалось бы, похожи на психотерапевтическую беседу (встречи втроем), переосмыслиются так, чтобы в некотором смысле как раз перестать быть традиционной психотерапией. Основная же работа как будто бы «растворена» в повседневной жизни, которую разделяют друг с другом постояльцы и команда специалистов центра, и осуществляется через самые, казалось бы, незаметные ее составляющие. Однако тем она и оказывается сложна: для незаметной терапевтической работы здесь используется все — любое повседневное взаимодействие. Разговоры за обедом, совместное приготовление еды и проведение вечера, обсуждение волнующих постояльцев тем, помощь в тех или иных социальных, бытовых, медицинских и других вопросах составляет ткань терапевтических отношений и основной предмет работы специалистов. Именно эта ткань, особым образом выстраиваемая каждый день, с течением времени (постояльцы живут в центре в среднем несколько месяцев) начинает способствовать восстановлению состояния клиентов.

Наблюдателю со стороны может показаться, что никакой психотерапии здесь вообще нет: сотрудники Ракар как будто бы просто заменяют этим людям хорошую семью. Однако это впечатление обманчиво. Такая

форма работы, требующая от сотрудников большей открытости и участия в повседневной жизни клиентов, чем в обычной терапии, действительно становится чем-то похожей на семейные отношения — но этим она и оказывается сложна, ведь специалистам необходимо сохранять психотерапевтическую позицию. Терапевтичным становится уже не персональное участие сотрудника или доброжелательная помощь в решении повседневных трудностей, но специально выстроенная и продуманная система терапии, где **терапевтом** является не столько конкретная личность или даже сплоченная команда как «личность», но сама **институция как целостный организм** — со своим пространством, ритмом, индивидуальностями сотрудников и практиками, основанными на определенных теоретических позициях. Центральной же «проблемой», с которой работают специалисты, становится **субъектность**.

Именно субъектность, т.е. способность человека быть активным источником строительства, самополагания, самоорганизации собственной жизни, оказывается, по мнению авторов подхода, «повреждена» и нуждается в «починке». И именно **специально организованная практика**, «растворенная» в повседневных взаимодействиях и организующая их, отличает среду в Ракар от просто обыденной жизни и даже от терапевтического сообщества, в котором часто воспроизводятся отношения «семейного» типа.

Исторический контекст

Подход «психосоциальной анимации» вырос на основе идей институциональной психотерапии — движения, которое зародилось в 50-е гг. XX века и оказало большое влияние на психологическую и психиатрическую мысль и психиатрическую практику в европейских странах (Великобритании, Франции, Италии и др.). Это движение связано прежде всего с именами Франсуа Тоскеля и Жана Ури; именно их знаменитые клиники — госпиталь Сент-Альбан и клиника Ля Борд — считаются сегодня образцами реализации основных принципов этой практики.

Идеи институциональной психотерапии осмыслились в широком и бурном потоке революционной философской и политической мысли, развивавшейся в 1960-е гг. рядом философов, в частности, Мишелем Фуко. По-новому ставились вопросы о том, что такое субъект, каковы отношения субъекта и власти, знания (в частности, медицинского) и власти, знания и насилия. Переосмыслилась идея отношения власти и общества к тем формам жизни, которые отличаются от «нормы» и воспринимаются как опасность (преступники, люди с отклоняющимся поведением, психически больные и т.д.).

Во многих европейских странах велась борьба за изменение отношения к психической болезни и к пациентам, борьба за изменение устоявшихся форм психиатрической помощи, которая ранее предполагала, прежде всего, идею изоляции и дисциплинирования тех, кто был квалифицирован как психически больной. По-новому осмыслилась сама проблематика безумия в историческом, философском и политическом контекстах (М. Фуко, Ж. Делез, Ф. Гваттари).

В эти революционные течения вливались также антропологические исследования генезиса психических заболеваний (Г. Бейтсон), породившая многочисленные дискуссии антипсихиатрия (Д. Купер, Р. Лэнг), различные движения (например, такое радикальное и неоднозначное явление, как демократическая психиатрия Ф. Базалья в Италии) и практики (например, практика создания психотерапевтических сообществ, связанное с именами Т. Мейна и М. Джоунса, которая получила большое распространение в Великобритании и позже в США²), переосмысляющие функции лечебных психиатрических учреждений и статус пациента в них.

В результате подобной революции в европейском обществе произошли существенные изменения в понимании того, как должна быть организована помощь людям, страдающим теми или иными психическими заболеваниями и испытывающими психологические трудности. Психиатрическая и психологическая помощь перестала быть закрытой и сконцентрированной в клиниках: произошла своего рода демократизация психиатрического учреждения, открытие «застенок» клиники. Появилось множество различных форм работы с людьми, нуждающимися в помощи: психологические и социальные центры, разного рода другие службы.

Однако эти общие идеи совершенно по-разному осмыслились и воплощались в разных странах и движениях и имели очень разную судьбу. Изучение удач и провалов в реализации этих идей могло бы стать важной темой отдельного исследования, которое мы не сможем развернуть на этих страницах.

Институция

Ключевая интенция институциональной психотерапии состояла в пересмотре отношений между пациентом и лечебным учреждением.

² Этой традиции, в частности, посвящен также один из материалов нашего журнала: Кеннард Д. Терапевтические сообщества // Московский психотерапевтический журнал. 2007. № 1.

Сам термин «институция» многократно обсуждался и пересматривался последователями этого движения. Что такое «институция», или «учреждение»? С чем сталкивается человек, попадающий в психиатрическую клинику? (Напомним, что в случае институциональной психотерапии речь идет о работе с тяжелыми психотическими больными и другими серьезными психическими страданиями.) Должна ли это быть инстанция, которая призвана изолировать его от общества и осуществлять по отношению к нему определенные врачебные, социальные и педагогические стратегии воздействия, принуждения, дисциплинирования, нормирования и т.д.?

Обратимся к тем институциональным практикам, с которыми, прежде всего, соотносит себя «психосоциальная анимация». Несмотря на то, что нельзя однозначно указать на какое-то одно явление, положившее начало институциональной психотерапии, все же есть некоторые знаковые события, которые задали для нее образцы.

Одним из таких образцов является госпиталь Сент-Альбан, во Франции испанским психиатром Ф. Тоскелем.

Принципы организации новой клиники рождались в тяжелой борьбе за выживание во время фашистской оккупации Франции. Для того чтобы не погибнуть от голода самим и не дать погибнуть больным, как это происходило во многих французских психиатрических клиниках в то время, Франсуа Тоскель вместе с коллегами совершенно по-новому организовал работу своего учреждения.

Попадая в обычную психиатрическую клинику, человек оказывается в особых искусственных условиях, где он отгорожен от реальной социальной жизни, ограничен в передвижении, в инициативе, где ритм его жизни однообразен, навязан учреждением и строго регламентирован и где сам пациент рассматривается как «объект» лечения или воспитательного воздействия.

Институциональная же психотерапия, напротив, отстаивает необходимость организовывать жизнь больного в учреждении как максимально приближенную к реальным жизненным контекстам и условиям. Сделав пациента равноправным участником повседневной жизни сообщества, институция передает ему инициативу в улучшении собственного состояния. Необходимость решать повседневные жизненные задачи максимально включает пациента в реальность социальных и практических действий; роль учреждения состоит тут в том, чтобы помочь пациенту реализовать свою инициативу и справиться с трудностями.

В клинике отменили ограничения на передвижение больных: не было решеток на окнах, двери были открыты, исчезло принципиальное

пространственное разделение между персоналом и больными и т.д. Практически сошли на нет иерархия и дистанция между персоналом и больными, традиционно присущие психиатрическим клиникам: больные стали равноправными участниками общих собраний, могли открыто рассказывать обо всем, что их волнует, участвовать в принятии решений. И персонал, и пациенты — все были включены в организацию общей жизни: вместе работали, вместе проводили досуг и т.д. И такая организация показала свою эффективность в улучшении состояния даже очень тяжелых больных.

Еще одна важная идея, реализованная сначала в клинике Сент-Альбан, а позже введенная и в других организациях, практикующих институциональную психотерапию, заключалась в том, что человека, страдающего психическим заболеванием, необходимо включать в максимальное количество самых различных взаимодействий. Чем разнообразнее и богаче будет поле этих взаимодействий, тем больше возможностей у больного, который часто из-за своей болезни оказывается аутизированным, замкнутым и изолированным в своем страдании (это отсылает к проблеме изоляции и неспособности социума — ближайшего и более отдаленного социального окружения — понять и принять то или иное состояние как страдание), вступать в контакт с другими людьми, устанавливая таким образом реальные социальные связи.

В традиционной психиатрической клинике подавляющее большинство сотрудников, непосредственно взаимодействующих с больным, — это врачи, осуществляющие медикаментозное и дисциплинарное воздействие, и санитары, выполняющие преимущественно функцию поддержания дисциплины. Таким образом, пациент в обычной клинике вступает в отношения, в которых его роль пассивна. В институциональной психотерапии, напротив, очень важно, чтобы пациент имел возможность устанавливать максимальное число самых разнообразных по содержанию и форме контактов с другими людьми.

Жан Ури, глава клиники Ля Борд — еще одного знаменитого образца институциональной психотерапии, — вводит понятие «диссоциированного переноса». Имеется в виду, что психотический пациент не может установить отношения перенесения с одним терапевтом, так как внутренний мир психотика часто сильно фрагментирован. Для того чтобы пациент мог наиболее полно развернуть в терапевтическом процессе необходимые формы отношений, ему нужно предоставить возможность вступать в терапевтическое взаимодействие с людьми, обладающими самыми разными особенностями: разного пола и возраста, с различным профессиональным и личным опытом. Такому пациенту не-

обходимо предоставить максимально возможное поле для переносных отношений и возможность переходить от одного типа отношений к другому. Любое взаимодействие — с врачом, с уборщицей, с педагогом — должно составлять элемент терапии, элемент помощи.

В связи с этим в институциональной психотерапии функции персонала являются одним из ключевых вопросов: все сотрудники участвуют в организации среды «помогающего взаимодействия» для пациента, и профессиональная подготовка члена команды не обязательно должна быть связана с медициной, психологией или педагогикой. В клиниках, где практикуется институциональная психотерапия, работают режиссеры, музыканты, фермеры — иными словами, люди, обладающие самым разнообразным образованием и опытом.

Из опыта работы клиники Сент-Альбан были извлечены важные принципы институциональной психотерапии: эта психотерапия предлагает перейти от представления, что **пациента лечат** в учреждении, к идее, что **пациент лечится с помощью** учреждения. Тем самым провозглашается активность пациента по отношению к процессу собственного лечения и особое место и роль институции (организации) в этом процессе.

Одно из пониманий институции, сложившееся в многочисленных дискуссиях, предлагает рассматривать ее как учреждение и специально продуманную и организованную практику, которая призвана не изолировать больного, а, наоборот, являться местом для его жизни. Институциональная практика должна стать посредником, благодаря которому человеку, страдающего психическим заболеванием, возвращается возможность найти свое место в социальном пространстве. В этом смысле институция противопоставляется «натуральным», стихийным формам быденной жизни: практика жизни, которая была бы терапевтической, требует особого продумывания и организации, а также постоянного усилия, направленного на поддержание и возобновление своей терапевтической функции. Таким образом, все учреждение в целом — команда специалистов, особым образом организованное время и пространство институциональной практики — задают хронотоп психотерапевтической ситуации.

Место терапевта занимает институция. Каждый пациент в любом своем проявлении или действии вступает в диалог с институцией. И именно она выполняет терапевтические функции. Для того чтобы институция была наиболее эффективной в своем качестве «терапевта», организуется целая система различных процессов и функциональных элементов ситуации.

Одним из элементов является команда специалистов, а также особые практики рефлексии этими специалистами своей работы — собра-

ния, супервизии. Поэтому вопросы, как работает команда, с какими трудностями сталкивается каждый участник, каково наилучшее действие в той или иной ситуации или отношение к тому или иному необъяснимому, пугающему или вызывающему гнев и неприятие проявлению пациента, — все эти вопросы в институциональной практике выносятся на открытое обсуждение.

В публикуемом тексте мы увидим, что и в центре Ракар вся работа, любое взаимодействие пронизано рефлексивным измерением и становится предметом супервизии и теоретического осмысления.

При чем здесь «пилот в кабине»?

Почему мы решили уделить внимание работе этого небольшого центра, казалось бы — одного из множества других центров институциональной терапии?

Метафора «пилота в кабине» относится, как увидит читатель, к созданию особого взаимодействия между клиентом и терапевтом здесь-и-сейчас, в котором проявления патологии (агрессия, неконтролируемые импульсы и т.д.) клиента могут найти свое адекватное место. Это значит, что они должны быть «процессуализованы», введены в работу, а не директивно подавлены, устранены вместе с той субъективной реальностью пациента, которая за ними стоит. Речь здесь идет, таким образом, о правильном «пилотировании», об особом — говоря парадоксально — **«индирективном управлении»** патологическими феноменами: управлении, которое ставит перед собой задачу восстановления и сохранения субъекта с его уникальным внутренним миром.

Эта метафора и в более широком смысле описывает то, что делает команда Ракар, давая своего рода ответ на вопрос, как можно иметь дело с безумием, с психической патологией — со всем, что считается «ненормальным». Кроме того, наследуя идеи М. Фуко, такая практика, по сути, решает и проблему власти.

Если речь идет о пересмотре традиционного отношения к «ненормальному» — об отказе от практик подавления и дисциплинирования в области психиатрии и (в более широком социальном контексте) осуществления политической власти, приводящих к ущемлению индивидуальной и уникальной жизни субъекта, — то встает вопрос, как должны быть построены практики работы с людьми, которые квалифицируются обществом как «ненормальные», вызывают страх и желание отгородиться и защититься от них?

Отказ от старых психиатрических практик сам по себе не привел к пересмотру идей властного подавления субъекта. Власть во многом

приобрела более мягкие, «гуманные» и диффузные формы в работе широкой сети различных учреждений — социальных, психологических и других организаций и центров. Однако Ракар и практикуемый в нем подход психосоциальной анимации, занимая свое место среди множества других центров, все же реализует альтернативную форму отношения общества и субъекта. Эта практика осуществляет своего рода медиацию между социумом и индивидом: принадлежа социальной системе и будучи в определенном смысле представителем социума, Ракар реализует особое отношение к отдельному человеку.

Такое «пилотирование», с одной стороны, центрировано на пациенте, на его уникальности и направлено на реконструкцию, «починку»³ его жизненного мира, «поврежденного» разного рода стигматизирующими и подавляющими воздействиями, имеющими различное происхождение (разнообразные социальные, воспитательные, психологические, дисциплинарные практики, через горнило которых прошли эти пациенты; разные формы массовой культуры, которые насаждают упрощенные и унифицирующие идеалы, подавляющие уникальные формы жизни, и т.д.), а с другой стороны, оно, не будучи директивным, в качестве своего рода «побочного эффекта» в какой-то мере «нейтрализует», смягчает те формы «ненормальности», которые будоражат общество. Такой эффект достигается благодаря тому, что в этом месте — в центре Ракар — в определенной мере снимаются те травмирующие социальные воздействия, реакцией на которые во многом и является различная патология, начиная от зависимостей и заканчивая психозами.

Таким образом, можно сказать, что за этой небольшой организацией стоит особая масштабная — философская и антропологическая — практика: практика (или, иначе, культура собственной жизни), культивирующая субъектность. Причем не только субъектность пациентов, но и в той же (если не в большей) мере — собственную субъектность сотрудников центра.

Создатели и сотрудники Ракар потому и могут чем-то изменить жизнь своих постояльцев, что они сами по отношению к себе — во всяком случае, в своей ежедневной профессиональной работе — развивают такую форму жизни, которая требует постоянного самоопределения и самопозиционирования по отношению ко всем ситуациям, с которыми приходится сталкиваться, и возобновления себя в качестве активного субъекта жизни и определенной философской позиции.

³ Термин «починка» используется в психосоциальной анимации вслед за идеями К. Леви-Стросса.

В отличие от многих других форм работы, порожденных «революцией» в психиатрии, подход психосоциальной анимации все время сохраняет связь со своим истоком. Многие терапевтические коммун, воспроизводя все внешние атрибуты жизни сообщества, и, безусловно, оказывая терапевтическую помощь участникам, не ставят, однако, перед собой особых собственно мыслительных задач и не несут никаких новых философских и антропологических идей; за ними уже не стоит живой — продолжающей развертываться — психологической или философской мысли. В результате сама стоящая за ними идея, будучи некогда новой и революционной, становится в рамках этих практик столь же обыденной и ничем не отличающейся от тех вмененных штампов мышления, против которых она когда-то бунтовала.

Психосоциальная анимация как подход реализует как раз противоположную установку: стремление не воспроизводить однажды найденное, но «анимировать», возобновлять — по необходимости при этом изменяя — собственное мышление, используя для этого любую практическую ситуацию.

Поводы для такой работы мысли над собой приходят из самых разных пространств и присутствуют, как океан в капле воды, в каждом конкретном взаимодействии с каждым пациентом. Это вопросы и вызовы, приходящие из пространства больших тенденций развития европейского общества: прогресс и увеличение скорости жизни, ужесточение конкуренции за благополучное место в обществе, все большая избирательность общества по отношению к тем, кто не вливается в единый поток, и тенденция к жесткой маргинализации таких людей, и т.д.

Так, высокая степень развития техники, освобождающая человека от усилий в повседневной жизни (не надо мыть посуду и стирать, потому что есть прекрасная бытовая техника, не надо подниматься по лестнице, потому что есть лифт, и т.д.), а также развитие средств массовой информации (телевидение, компьютерные игры, Интернет и пр.) подчас оборачиваются не только своей позитивной, но и негативной стороной. Люди, получающие в силу своей болезни пособие или неработающие по другим причинам, оказываются в среде, которая уже не предъявляет к человеку требований совершать какое-либо умственное, физическое или психологическое усилие, что приводит к обеднению его эмоциональной, социальной жизни, к потере интересов, утрате навыков и способностей и т.п.

Как ответить на эти тенденции, которые во многом формируют состояние постояльцев центра, в повседневной работе с ними?

Вызовы приходят и из более близкого социального контекста. Пациенты Ракар, как правило, попадают в центр, имея опыт пребывания во

многих социальных учреждениях (от психиатрических больниц до тюрем). Эти социальные службы и учреждения оказывают при этом как позитивное, так и негативное влияние на клиентов. Таким образом, вопрос состоит в следующем: как, находясь в сотрудничестве с этими службами и будучи отчасти пусть и иной, но все же одной из подобных служб, — как в своей работе занять свою, особую позицию, способствующую снятию стигматизирующих влияний? Как не стать традиционным лечебным, воспитательным или пеницитарным учреждением? Этот вопрос нельзя решить раз и навсегда — на уровне ценностного самоопределения учреждения, — но приходится решать каждый раз в конкретных и часто непростых ситуациях, возникающих в процессе работы с трудными пациентами.

Наконец, вызовы приходят из пространства собственного субъективного и психологического опыта. Как организовать диалог с другим человеком, выйти навстречу другому, живущему в мире, подчас сильно отличающемся от твоего (скажем, галлюцинаторный мир психотика)? Это требует от специалистов центра постоянной работы с собственными страхами, отвержением, агрессией, предубеждениями и т.д.

Как в свое время в Америке в противовес психоанализу и бихевиоризму появилась «третья сила» в психологии: гуманистическая психология, которая не ограничивалась только вопросами психологического консультирования и психотерапии, но провозглашала альтернативную философию, этику, антропологию, формировала новые направления в педагогике и, безусловно, самоопределялась в отношении социальных и политических вопросов, — так и за центром «Ракар» стоит определенная практика жизни со своими ценностями, своей общественной и политической позицией, которая постоянно возобновляет себя в своей ежедневной жизни и работе с постоянльцами центра.

Все крупные психотерапевтические практики в истории психотерапии были таковыми не только и не столько в смысле широты распространения, сколько в смысле позиционирования и рефлексии себя в более широком, чем внутринаучный или «внутришкольный» (принадлежности к той или иной психотерапевтической школе), контексте. Все они брали на себя смелость учреждать **новые культуры и формы жизни**, не желали оставаться замкнутыми только на внутренний контекст отношений клиента и терапевта (пусть даже и глубоко осмысленный с абстрактных научных и философских позиций), но вынуждены были самоопределяться, существовать и действовать в современном им социальном, историческом и общественно-политическом пространстве. Именно эта смелость заявлять и реализовывать «другую» жизнь не только в

узко профессиональном, но и в более широком контексте — по сути, в контексте повседневной жизни всякого человека — во многом послужило крепкой основой для устойчивости и постоянного возобновления интереса к классической гуманистической психологии.

По сути, центр Ракар также провозглашает и реализует «другую» форму жизни, противостоящую различным формам насилия и направленную на выявление и возвращение, культивирование уникального жизненного мира каждого человека, а психосоциальная анимация — это хронотоп, созданный для реализации этой практики в совершенно конкретных условиях: в конкретном городе (Женева) со своим социальным устройством и ритмом жизни, для особой категории пациентов и в определенное время.

Авторами этого проекта постоянно обсуждается вопрос, как должна изменяться конкретная ежедневная организация практики их работы с учетом изменений социального пространства, изменения контингента, потребностей пациентов и т.д., для того чтобы практика эта могла оставаться тем, что она есть, и оставаться живой.

В силу сказанного, проект Ракар — это проект, существующий в определенном, вполне конкретном времени и пространстве, и он не может быть просто взят и перенесен как некая «технология» в другие условия. В этом смысле, хотя Ракар и представляет собой, казалось бы, незаметное, небольшое и частное «предприятие» среди многих других, однако по своей сути подход психосоциальной анимации, который реализуется в работе центра, по своему замыслу, внутреннему устройству и функционированию является значительной антропологической практикой.

Именно это особое антропологическое измерение практики центра Ракар и определило наш интерес к ней.

THE WORKSHOP OF SUBJECTIVITY

V.V. ARHANGUELSKAYA

The article describes historical and theoretical context of the origins and development of psychosocial animation approach which is practiced at the Racard-Center in Geneva. This approach is a branch of institutional psychotherapy, and some key ideas of this area are also examined in the work.

Keywords: institutional psychotherapy, institute, psychosocial animation