

DOI: <https://doi.org/10.31874/2309-1606-2021-27-2-14>
УДК

Томас Фукс

Психотерапія зажитого простору: феноменологічний та екологічний концепт¹



Беручи за основу феноменологічну та екологічну психологію, автор розробляє концепцію зажитого простору як сукупності просторових та соціальних стосунків індивіда, включно з його "горизонтом можливостей". Зажитий простір також можна розглядати як індивідуальну екологічну нішу, яка безперервно формується внаслідок обміну з довкіллям. Отже, психічні хвороби можна вважати обмеженнями або деформацією зажитого простору пацієнта, що гальмує його респонзивність та обмін з довкіллям. Несвідомі дисфункціональні патерни почування і поведіння діють як «сліпі плями» або «викривлення» у зажитому просторі, спричиняються до типових спотворень, цим самим ще більше обмежуючи потенціал та розвиток пацієнта. Відповідно, завдання психотерапії полягає у розвідуванні та розумінні зажитого простору пацієнта, щоби перевідкрити горизонт його можливостей. Основним агентом тут є інтерактивне поле психотерапії, що його можна розглядати як "злиття горизонтів" світу пацієнта та терапевта.

Ключові слова: психотерапія, зажитий простір, пацієнт, респондована активність, феноменологічна психологія, екологічна психологія.

Вступ

На перший погляд феноменологія радше споглядальний, філософський метод, непомічний для психотерапевта, що прагне посприяти зміні пацієнта. З цією метою зазвичай терапевт покладатиметься на добре відомі психодинамічні чи поведінкові пояснення та техніки. Феноменологія не пропонує ані причинових пояснень, ані терапевтичних технік, тож, здається, що терапевт впорається і без неї. У цій статті, я спробую показати протилежне. На мій погляд, феноменологічна настанова незамінна, якщо ми хочемо дістати справжнє, неупереджене розуміння переживань пацієнта. Ба більше, феноменологія пропонує погляд, згідно з котрим розлад пацієнта не міститься ані в прихованих мозкових звивинах, ані в темних закутках психіки, натомість його розташовано в ак-

¹ © Переклад з англійської Єгора Буцикіна.

туальному світі життя з іншими, життєсвіті (Lebenswelt), а це зрештою єдиний світ, у якому ефективна психотерапія.

Замість пошуку пояснень поза феноменами, феноменологія може допомогти терапевту краще сприймати та розуміти як *це бути* пацієнтом і жити у його світі. Феноменологія – не є підходом, що в основному спирається на інтроспекцію та внутрішні стани, як це припускають старі передсуди. Навпаки, вона долає дихотомію внутрішнього та зовнішнього, наголошуючи на втіленні та бутті-у-світі, як засадових способах екзистенції. Суб'єктивні переживання неможливо віднайти «у психіці», чи «мозку», натомість вони поширюються на тіло, простір і світ особи. Як наслідок, психотерапевти натхненні феноменологією, полишають спроби змінити внутрішні стани пацієнта, натомість зосередяться на його *зжитому просторі*, тобто на його дорефлексійному або імпліцитному способі жити з іншими. Зокрема вони використовуватимуть терапевтичні взаємини, як сферу розширення зажитого простору пацієнта, аби змінити імпліцитні патерни його взаємин.

У дальших розділах я спочатку окреслю феноменологічні концепти особистого світу та зажитого простору. Потім, звернуся до психопатології та означу психічні розлади, як різномірні перекручення та деформації зажитого простору пацієнта. Осібне значення має розробка іншого підходу до проблеми несвідомого, що я його розглядаю не як внутрішній психічний відсік, в традиційному психоаналітичному сенсі, а як конкретний спосіб життя без повного усвідомлення – ідеться про так звані сліпі плями. В останній частині я опишу інтерактивне поле психотерапії, як часткове злиття світових горизонтів пацієнта та терапевта. Це злиття розширює зажитий простір пацієнта та може йому допомогти перебудувати взаємини з іншими людьми.

1. Особистий світ та зажитий простір

Я почну з короткого начерку феноменологічного методу, що його розробив Гусерль (1950/1931). Засадове припущення, що скеровує феноменолога полягає на тому, що в усякому досвіді передбачається щось більше за простий об'єктивний факт. А саме, особливий *спосіб буття* того, що підлягає переживанню, та *структура самого досвіду*, яку може виявити феноменологія.

Центральна техніка, яку використовують з цією метою, що її також Гусерль називає *епохе* (утримання), передбачає «дужкування» наших загальних припущень про реальність. Передовсім важливо утримуватися від віри в те, що реальними є лише ті речі, які існують незалежно від свідомості чи суб'єкта – тобто ідеться про віру у «зовнішній» чи «об'єктивний» світ. Ми маємо відкинути те, що ми переконані «маємо» думати чи шукати,

особливо будь-які пояснення, що висновують феномени на глибинних причинах (механізмах, субстратах), що їх неможливо виявити безпосередньо. Натомість феноменолог аналізує спосіб суб'єкта досвідчувати світ, і те, як мають бути описані стосунки між суб'єктом та світом. Цей процес так званої «трансцендентальної редукції» розкриває підвалини нашого досвіду. Він простежує конституцію самості та світу до базових структур тілесності, просторовості, часовості та інтерсуб'єктивності.

Якщо психіатр запускає цей процес, він опиняється у дорефлексійному вимірі досвіду, що він вражений за психічних розладів: він містить у собі все, про що зазвичай свідомо не думають чи прагнуть, проте імпліцитно проживають, усе те що належить до узвичаєних способів мати до діла зі світом та іншими. Центральними аспектами цього є зажите тіло, зажитий простір, зажитий час та зажиті способи взаємин з іншими. Отже, феноменологія допомагає розвідувати змінені світи переживань, що їх неможливо прояснити шляхом накопичення даних, зібраних з погляду третьої особи, наприклад, про функціонування мозку. Як пацієнт сприймає світ? Як це бути депресивним? Як змінюється зажитий час і зажитий простір маніакальної особи? Який він світ шизофренічного, обсессивного чи суїцидального пацієнта?

«Світ», звісно, не означає щось зовні на противагу чомусь, що всередині, зовнішній світ на противагу внутрішньому чи психічному світові. Радше ідеться про тотальність життя в сенсі всеохопної сенсової рамки, що в неї вбудовані переживання, думки та дії пацієнта. У цьому сенсі також можна сказати про світ дитини, світ фермера, світ людини модерної доби, тощо. Навіть якщо у кожного індивіда перекриваються та перетинаються різні світи, це все ще особливий та унікальний світ, у якому мислить, відчуває та діє індивід. Аби зрозуміти індивіда, слід увійти до його світу та досягнути його горизонт, що в ньому усе, що він робить, набуває сенсу, навіть, якщо цей сенс відхиляється від норми, як це буває за психічної хвороби.

Нижче я зосереджуся на феноменологічному концепті *зажитого простору*, хоча інші категорії, такі як часовість та інтерсуб'єктивність, безумовно, так само важливі для психопатології та психотерапії. Поняття зажитого простору сягає «топологічної» психології чи «психології поля» Курта Левіна [Lewin 1936], що його пізніше відродила екологічна психологія та психотерапія [Barker 1968; Gibson 1986; Graumann 1978; Willi 1999]. Зажитий простір можна розглядати як тотальність простору, в котрому особа дорефлексійно «живе» та який переживає, разом із його ситуаціями, умовами, рухами, впливами та горизонтом можливостей – сенс, довкілля та сфера дій тілесного суб'єкта. Цей простір неоднорідний та центрований навколо особи та її тіла, його визначають такі якості як близькість чи далеченна, широта чи вузькість, пов'язаність чи відокремленість, досяжність чи недосяжність, а також він структурований фізичними чи символічними межами, які

чинять жорсткий чи еластичний спротив руху. Це спричиняється до появи більш-менш виразних царин, як от особистої території, власності, дому, сфери впливу, заборонених зон чи табу, тощо. Ба більше, зажитий простір пронизують «сили поля» чи вектори, такі як притягування та відштовхування, еластичності та спротиву тощо. Конкурентні притягувальні чи відштовхувальні сили спричиняються до типових конфліктів, що їх можна розглядати як протилежні спрямування можливостей, з якими зіштовхується людина. У такий спосіб, зажитий простір пропонує різні «валентності», «релевантності» чи, використавши термін Гібсона, «приступності» (*affordances*), відповідно до мотивів та потенціалу особи. За аналогією з фізичними полями, існують «гравітаційний» та «радіаційний» ефекти, спричинені, наприклад, впливом значливого іншого чи домінуючої соціальної групи, а також «викривлення простору», що перешкоджають прямим або спонтанним рухам, наприклад, навколо табуєваних зон обсесивної особи чи навколо зон уникання особи, що страждає від фобій.

З огляду на це, стало ясно, що поняття зажитого простору не слід розглядати статично, натомість його варто уявляти динамічно пов'язаним із рухами та розвитком, тобто з плином та часовістю життя. Ба більше, очевидно, що зажитий простір, як просторовість *Lebenswelt*, почасти сформовано соціальними взаєминами та сенсами. З метою прояснення цього виміру, а також, аби уникнути скептицизму – так, якби суб'єкт, у своєму зажитому просторі, зіштовхувався б лише зі своїми власними уявленнями та проєкціями – ми запозичуємо термін з біологічної екології і визначаємо зажитий простір особи в її довкіллі як «екологічну нішу» [див. Willi 1999]. За аналогією з біологічною нішею чи оселищем (*habitat*), вона позначає частину фізичного чи соціального довкілля, узгоджену з диспозиціями сприймання та діяння, мотиваціями та інтенціями особи. Отже, особиста ніша включає всі живі чи неживі об'єкти особи, що перебувають із нею в активному обміні та впливають на родину, сусідів, колег, дім, місце роботи, продукти праці, тощо (див. рис. 1).

Коло зворотного зв'язку між діями особи та реакціями довкілля, що триває, можна позначити терміном «респондованої активності» (*responded activity*) [див. Willi 1999]. Припускається, що особа шукає та оформлює довкілля, що реагує (*responds*) на її дії та пропонує валентності для її потенційних можливостей. Спроможність особи адекватно реагувати на стимули та запити довкілля, особливо на вимоги інших, можна назвати її «респонзивністю».

Найнапруженіші та стимулювальні реакції (*responses*) виникають в родині чи партнерських стосунках. Загалом індивід намагається встановити взаємну респонзивність чи «ко-респонденцію» (*co-respondency*) зі своїм партнером [Willi 1999]. Завдяки вибору конкретного довкілля чи ніші, особа також стає непрямым творцем подій свого життя [Lerner

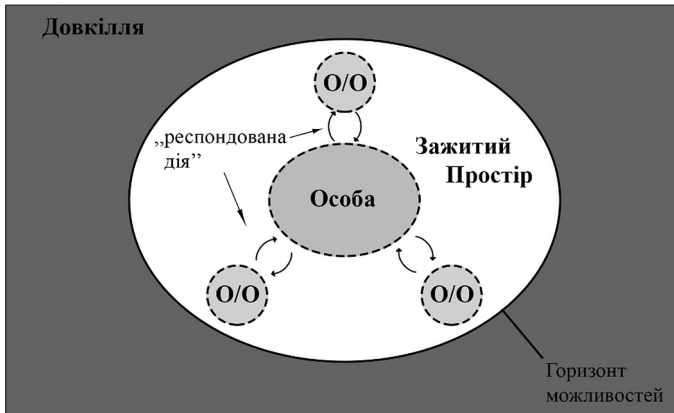


Рис. 1. Особа, зажитий простір і довілля
O/O = особа чи об'єкт у зажитому просторі

1981]. Людські істоти впливають на плин свого життя та керують своїм становленням, формуючи та діючи в довіллі, що воно, своєю чергою, також впливає на них. Плин життя розгортається як циркулярний процес, керований активністю особи та реакціями довілля.

Підсумувавши, концепт зажитого простору та особистої ніші виражають ідею, що суб'єкт та світ не існують окремо, натомість конституують одне одного. Це передбачає «екзистенціальну топологію», тобто особисту матрицю значень та стосунків, що утворюють екзистенціальний часопростір із його викривленнями, градієнтами, бар'єрами тощо. Згідно з цим концептом, суб'єктивність поширюється на простір та «екзистенцію»: питання «хто я?» невідокремлюване від питання «у якому світі я живу?». Цей світ, по-суті, соціальної природи: респонзивність та кореспонденція формують міжособистісну структуру зажитого простору. Звісно, в цьому сенсі індивідуальний простір невидимий для інших. Ми не бачимо близькості чи далечини, яку для нього мають речі чи інші особи, так само ми не відчуваємо вільний простір чи перспектив, що його ваблять, бар'єрів, які його лякають чи психологічних сил, що визначають шляхи розгортання його життя, ніби лінії магнітного поля. Однак, аби зрозуміти іншу людину, ми маємо дізнатися про її близьке оточення, сфери впливу та розмаїті взаємини з довіллям. У такий спосіб, головною метою феноменологічної психотерапії є «проникнення та розділення світу іншого» [Margulies 1984].

2. Психопатологія як стискання зажитого простору

На цій основі, психопатологію можна розглядати як звуження чи деформацію індивідуального зажитого простору, як стискання горизон-

ту можливостей, включно з сприйманням, діями, уявою, емоційним та міжособистісним досвідом. Різномірні психіатричні розлади – це завжди результат порушення кола респондованої активності, чи це відбувається через відокремлення від значливих інших, втрати професійних цілей або загалом через невідповідність потенційних можливостей особи та валентностей довкілля. Натомість, виникнувши, ці розлади гальмують респондовану активність пацієнта, посилюють егоцентризм та знижують респонзивність щодо інших. Екологічна ніша звужується, фрагментується або стає непридатною в інший спосіб.

Отже, аби навести приклад, згадаємо про особистостей меланхолійного типу, тобто людей схильних розвинути сувору депресію, усі вони виявляють значне звуження зажитого простору. Вони надмірно ототожнюються з просторовими межами своїх осель, соціальними ролями, робочими зобов'язаннями та приватними стосунками [Tellenbach 1980; Kraus 1987; Kronmueller, et al. 2002]. Вони так би мовити живуть під постійним тиском нормалізації. Серйозне відхилення від цих жорстких вимог та обмежень може спричинитися до депресивної хвороби. У такий спосіб горизонт їхніх можливостей обмежений навіть до першого епізоду хвороби. За самої депресії, стискання зажитого тіла (заборони, тривога, відсутність потягів) та втрата емоційного резонансу призводить до важких порушень респонзивності пацієнта та обміну з довкіллям [Fuchs 2001, 2005].

Вдаючись до ще одного й радше протилежного прикладу: пацієнти з граничним розладом особистості серйозно обмежені в спроможності встановити стабільну та надійну прив'язаність та рольову ідентичність. Вони не в змозі побудувати тривалу екологічну нішу респондованої активності. Натомість їхній зажитий простір перетнутий інтенсивними емоційними імпульсами, тобто притягувальними й навіть більше відштовхувальними векторами, між яким вони постійно туди-сюди ширяють [Fuchs 2007]. Це призводить до нестабільності та фрагментації зажитого простору, з численними зруйнованими стосунками, проектами та кар'єрами. Граничні пацієнти, так би мовити, неприкаяні в своєму зажитому просторі, неспроможні знайти підтримувальний ґрунт та надійний центр свого існування. Інші психопатологічні стани так само можна розглядати як порушення зажитого простору [Fuchs 2000].

Феноменологія несвідомого. Спираючись на поняття зажитого простору, можна дістати феноменологічне розуміння несвідомого, що особливо важливо для психотерапії. Труднощі властиві традиційній психодинамічній «підвальної» теорії несвідомого добре відомі. Вона описує несвідоме як рівень *під землею*, де зберігаються усякі лиховісні сутності. Це уявлення засновано на картезіанській моделі психіки, як своєрідного контейнера, де утримуються ідеї, спогади та репрезентації зовнішньої реальності, що їх було інтродюковано, інтерналізовано як

«репрезентації» чи «образи» об'єкту, тобто як речові, незмінні сутності, які населяють світліші чи темніші сфери психіки. Ці сфери так само уречевлюються, набувши імен, як то свідомості, несвідомого, над-Я і так далі.

Усе це жорстко критиковане феноменологами [напр. Binswanger 1963, May 1964, Ricoeur 1969, Hersch 2003]. Втім, феноменологія, як передовсім наука про свідомість, має проблеми при опрацюванні альтернативної теорії несвідомого. У кожному разі, останнє не можна вважати місцем чи кімнатою, що містить атомарні, уречевлені психічні сутності. Ані речі, ані фіксовані об'єкти чи спогади неможна розглядати як несвідоме, натомість радше має ітися про потенціальні можливості, диспозиції чи тенденції особистого життя. Отже, за феноменологічного підходу, ми шукатимемо несвідоме у імпліцитних способах поведінки та життя пацієнта, та в тих способах, що він їм відмовляє в житті та реалізації. Тут феноменологія наближається до нещодавніх досліджень пам'яті, у яких наголошують на *імпліцитному чи процедурному навчанні*, що узасадничує наші звичні способи поведінки, діяння, а також слугують *уникненню* можливих дій, без експліцитного чи лише з периферійним усвідомленням [Schacter 1999; Fuchs 2004].

З подібним наміром, Мерло-Понті, аналізував несвідому післядію психологічної травми. Згідно з ним, витиснене нагадує фантомну кінцівку пацієнта, що пережив ампутацію, оскільки воно конститує «порожній простір» суб'єктивності [Merleau-Ponty 1962: 86]. Витиснене несвідоме можна розглядати як негативне зображення минулого досвіду, що з ним не впорався суб'єкт – негатив, що без попередження накладається на усяку нову ситуацію і в такий спосіб фіксує травмованого індивіда на досі присутньому минулому.

«Добре зрозуміло, що цю застиглість у часі не можна змішувати із спогадами – навпаки, вона, скоріше, виключає спогади, які на кшталт картин показують нам наші минулі досвіди, тоді як це минуле, що наповнює наше актуальне теперішнє, зовсім не віддаляється від нас та завжди приховується позаду нашого погляду замість того, щоб демонструвати себе йому. Травматичний досвід не в уявній сфері, як якась фігура об'єктивної свідомості або датований момент, *він зберігається як певна манера буття, як загальна настанова*» [Merleau-Ponty 1962: 83]¹.

Імпліцитна чи тілесна пам'ять містить усі приховані «від нашого погляду» речі, які живуть у найзагальніший спосіб чи мають «стиль» екзистенції, не проявляючись в експліцитній пам'яті. Це також застосовне

¹ Українську версію цього тексту подано за перекладом з французької: Мерло-Понті М. (2001). *Феноменологія сприйняття* / пер. з фр. О. Йосипенко, С. Йосипенка. К.: Український Центр духовної культури, 552 с. Даний уривок знаходиться в українському виданні на с. 105. (прим. перекладача).

до певних травматичних переживань. Отже, несвідомі фіксації нагадують спотворення чи звуження особистого простору можливостей. Вони спричинені минулим, яке продовжує імпліцитно тривати у теперішньому та не поступається прогресу життя. Проте сліди минулого не захищені в якомусь внутрішньому психічному світі. Натомість проявляються в «сліпих плямах», проваллях або викривленнях зажитого простору, в поведінкових патернах, що полонять час і виграш особи, в діях, котрим відмовляє індивід, у житті, яке він не наважується прожити, тощо.¹ Подібно до стосунку тла та фігури в гештальт-психології, такі сліди стають помітними як негативи, тобто типові для особи уповільнення та випускання. З другого боку, ці сліди можуть актуалізуватися символічно чи тілесно як соматичні симптоми. Однак замість детерміністського погляду на несвідоме, феноменологічний погляд підкреслює його потенціал, та характер спрямований у майбутнє. Несвідоме у психодинамічному сенсі – це «потенційні можливості для дії та усвідомлення, що їх особа не може чи не хоче актуалізувати» [Мау 1964: 182]: «Це несвідоме не слід шукати в глибинах себе, позаду «свідомості», проте попереду нас, як артикуляцію поля. Це «несвідоме» не є об'єктом, а є тим через що».

Притримуючись цієї лінії думання, я зроблю короткий феноменологічний переклад двох центральних психодинамічних концептів – *захисту чи спротиву та нав'язливого повторення*.



Рис. 2. Несвідомі «репульсивні простори»

¹ Сартр, використовуючи термін «недобросовісність» ("mauvaise foi"), показав, що у цьому спотворенні є істотний компонент самообману [Sartre 1943, p. 86]. Суб'єкт посідає стосовно себе нещирі та неоднозначні позиції, зісковзуючи в «навмисну неухважність». Чогось не знає і не хоче це щось знати. Чогось не бачить і не хоче на це подивитися, це означає, що його погляд ковзає поряд із наміром та без. Про це див. [Holzhey-Kunz 2002: 173 і далі; Bühler 2003]. (Т. Ф.).

Захист і нав'язливе повторення

Вплив емоційної травми на індивіда можна розглядати як специфічну деформацію зажитого простору, що проявляється в униканні певних страшних регіонів чи *відштовхувальних просторів* (рис. 2). Найкраща аналогія – «ослаблена постава», автоматично пристосована у разі враження частини тіла: людина інстинктивно уникає загрозливих об'єктів і сторониться їх («обпечена дитина боїться вогню»). Той факт, що це відбувається несвідомо, пов'язаний не з витисканням ураження, а просто із тілесним процесом навчання, що перебігає без усвідомлення. Подібним чином, психологічна травма спричиняє появу зон уникання і в такий спосіб гальмує вільний розвиток потенційних можливостей. Зажитий простір негативно викривлений навколо цих зон, які стали проваллями чи «сліпими плямами». Тут інтенційність несвідомого стає очевидною: очікується безпосередній контакт із небезпечною зоною, котрому перешкоджають без свідомого відання, адже економніше знов і знов не реактивувати стрес та тривогу травматичного досвіду. Спротив чи захист психодинамічної теорії завжди ніщо інше, як ця ослаблена постава, що уникає, яка то й проявляється в контексті психотерапії.

Протилежний патерн можна знайти в психодинамічному концепті «нав'язливого повторення»: Тут людина знов і знов втрапляє у ті самі дисфункційні поведінкові патерни та взаємини, навіть, якщо вона й намагається в усякий спосіб цього уникати. Зажитий простір позитивно викривлений навколо цих зон і вони стають «притягувальними просторами» (Рис. 3). Якщо, наприклад, у ранніх переживаннях жінки переважали аб'юзивні та насильницькі взаємини, сфера її можливих взаємин

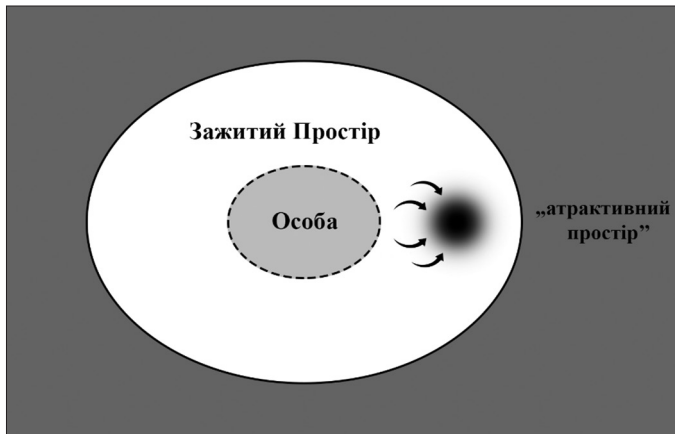


Рис. 3. Несвідомі «атракативні» (притягувальні) простори

буде вкрай обмеженою. Способи аб'юзу варіюватимуться, але загальна тема аранжуватиме її стосунки, виключаючи інші форми. Її експліцитна поведінка спричинятиметься до самовиконання її очікувань, і вона постійно потраплятиме в однотипні ситуації. Отже, несвідоме це не прихована царина психіки, натомість воно вплетене в спосіб життя, навіть у тілесну поведінку.

У такий самий спосіб можна підступитися і до інших психодинамічних понять, проте цих прикладів достатньо. Як ми побачили, з феноменологічного погляду, несвідоме не є інтрапсихічною реальністю, розташованою в глибинах «під свідомістю», натомість воно охоплює та пронизує свідоме життя, подібно до зображення пазлу, що на ньому за-світлена фігура пронизує тло. Це несвідоме не заховане у *вертикальному* вимірі психіки, воно радше міститься у *горизонтальному* вимірі зажитого простору та «міжтілесності» соціальних контактів з іншими¹. Це веде нас далі до феноменології терапевтичної взаємодії.

3. Інтерактивне поле як агент змін

Як ми побачили, феноменологія розглядає «психічні хвороби» не як щось психічне чи внутрішнє, натомість як альтерації буття у світі пацієнта. Зокрема, ми дивимося на них як на обмеження горизонту можливостей. Тож метою є розширення горизонту пацієнта та збільшення міри його свободи. З феноменологічної перспективи, основний агент цієї діяльності – інтерактивне поле, що розгортається завдяки зустрічі пацієнта і терапевта.

Згідно зі старими моделями психодинамічної дії, зміни продукуються всередині пацієнта, шляхом реструктуризації його *внутрішнього світу*, в результаті когнітивних чи інтерпретаційних інтервенцій терапевта, що спричиняється до інсайту і відповідно до придатніших реакцій пацієнта на актуальну життєву ситуацію. Проте психотерапія – це міжособистісний процес, заснований на циркулярних взаєминах, які неможливо зрозуміти з погляду індивіда. Вона передбачає взаємне творення сенсу, який не є «станом в голові», проте постає з «між», чи системи пацієнта та терапевта. Спираючись на поняття зажитого простору, та використавши центральний термін Гадемерової герменевтичної філософії,

¹ «Латентне психоаналізу – це несвідоме, що розташоване під свідомим життям і всередині індивіда, внутрішньо психічна реальність, що спричиняється до психології глибини у вертикальному вимірі. (...) латентне феноменології – несвідоме, що розташоване навколо свідомого життя, несвідомість в світі, між нами, онтологічна тема, що спричиняється до психології глибини в бічному вимірі» [Romanyshyn 1977]. Про несвідоме в екзистенціальному аналізі див. також [Bühler 2004]; про «міжтілесність» див. [Merleau-Ponty 1967: 213]. (Т. Ф.).

можна розглядати цей інтерактивний процес як «злиття горизонтів» пацієнта та терапевта [Gadamer 1995; див. Рис. 4]. Їхні світи, що існували до того взаємодіють, навіть почасти зливаються, спричиняючись до виникнення нового, емерджентного та діадичного світу, який укривається «терапевтичною нішею» та утворює новий горизонт можливостей. Водночас, сліпі плями чи провалля у зажитому просторі пацієнта, можуть стати видимими, завдяки освітленню інтерактивного поля. Цей новий, ширший простір може послабити чи навіть подолати звуження горизонту. Тут важливу роль відіграє міжтілесність, як сфера невербальних, тілесних та атмосферних взаємин. Хоча вона й лишається на тлі, проте це істотний носій терапевтичних стосунків.

Утім, традиційні поняття перенесення та контр-перенесення не схоплюють цих інтерактивних, діадних якостей терапевтичних взаємин. Ці концепції досі мають серйозний недолік через суб'єкт-об'єктне розщеплення. Вважається, що почуття виникають всередині пацієнта в доволі атомістичний та механістичний спосіб [Hersch 2003: 228]. Здається ніби вони ізольовані сутності, наділені певною мірою енергії, придатної до накопичення та переміщення туди-сюди, відокремлюватися від об'єкту та проектуватися на іншу особу. Тож перенесення розглядається як анахронізм: «потяги, почуття та захисти, що вони стосувалися особи в минулому перемістилися на особу в теперішньому» [Greenson 1967: 152]. Те, що пацієнт бачить в терапевтові розглядається лише як спотворений образ із минулого. Ба більше, перенесення та контр-перенесення не зіштовхуються, аби утворити щось нове. Не зважаючи на те, що вони проектується на іншого, вони насправду його не досягають, натомість лишаються всередині особи, що їх переживає. Це уречевлення та матеріалізація почуттів

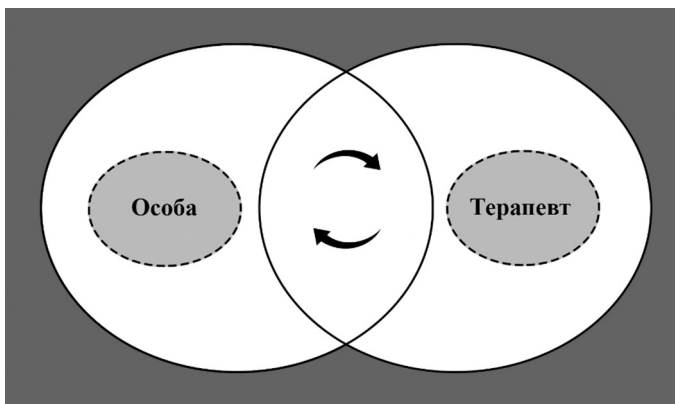


Рис. 4. Злиття горизонтів» у психотерапії

очевидно не відповідає інтерактивній та емерджентній природі цих явищ. Таким чином терапевт, що сприймає себе лише як проєкційний екран, загрожений впустити вимір справжньої зустрічі, коли він стрічає реальну, втілену особу.

Тут може бути помічним поглянути на розвиткову психологію. Материнсько-дитячі дослідження показують, що немає ізольованих образів чи «об'єктів», що зберігає пам'ять, натомість радше інтерактивні переживання, схеми діадних взаємодій, що вивчаються та засвоюються в сенсорному, моторному та емоційному модусі [Beebe, et al. 1997; Stern 1998a]. Ці схеми з раннього дитинства стають частиною процедурної чи імпліцитної пам'яті та формують те, що Lyons-Ruth (1998) назвала «імпліцитним реляційним знанням». Воно включає збережені патерни тілесних та емоційних взаємодій, що вони дорефлексійно активуються ледве помітними ситуаційними натяками (наприклад, вирази обличчя, жести, відтінки, атмосфера). Таке знання являє собою часово влаштовану «музичну» пам'ять про ритми, динаміку та відтінки наявні у взаєминах з іншими. В такий спосіб засвоюються процедурні *схеми буття*-з [Stern 1998] чи *імпліцитні реляційні стилі*, що вони організують міжособистісну поведінку дитини і пізніше можуть переноситися на інше довкілля. Вони формують базову структуру простору взаємин особи і тому мають неабияку важливість для терапевтичного процесу.

З цього випливає, що ідеться не про експліцитне минуле, яке перебуває в фокусі терапевтичного процесу, а радше імпліцитне минуле, що несвідомо організує та структурує *процедурне поле* стосунків пацієнта з іншими. Безсумнівно ми маємо до діла з феноменологічним несвідомим, тобто дорефлексійною, нетематизованою, базовою структурою досвіду, що відрізняється від Фройдового динамічного несвідомого витискання. Втім, імпліцитні реляційні патерни стають дедалі важливішими і для психоаналітичної теорії, стимулюючи появу нових моделей терапевтичних змін на основі *неперервного* (moment-to-moment) *процесу* [Stern 2004]. Це наявне інтерактивне поле психотерапії, що крізь нього стають видимими реляційні патерни, як у магнітному полі залізна тирса. Альтерація імпліцитних патернів передбачає їхню активацію як «задіяння» (enactments) в терапевтичному процесі. Лише так, у особливі моменти емпатичної кореспонденції між пацієнтом та терапевтом ([*моменти зустрічі*] [PCSG 1998]), їх можна замінити коригувальними переживаннями.

Тут феноменологічна настанова може бути особливо помічною. Коригувальний емоційний досвід психотерапії є функцією того, якою мірою терапевт може «взяти свій світ та теорію у дужки», коли він стрічає пацієнта. Гусерлеве *epoche*, тобто утримання від суджень та упереджених ідей, може допомогти очистити простір, що його вимагає автентична

зустріч пацієнта та терапевта, без втручання складних метапсихологій різних психотерапевтичних шкіл [Margulies 1984; Varghese 1988]. Феноменологічно орієнтовані терапевти утримаються від прив'язування до досвіду пацієнта будь-яких напередвизначених ідей. Вони намагаються якомога виразніше зрозуміти «як воно бути ним», намагаються піти шляхами пацієнта, у власному досвіді відтворити його світогляд, і у вербальний чи невербальний спосіб передати цей досвід пацієнту. Це взаємне віддзеркалювання може допомогти пацієнту поглибити досвід себе та саморозуміння, що вони мають стати початковою точкою усякою терапевтичної переміни.

Звичайно, емпатичне розуміння пацієнта – це ще не все. Аби уникнути пасток реляційних патернів пацієнта, терапевт має добре усвідомлювати, що триває міжособистієний процес, частиною якого він є. Інакше він ризикує потрапити прямо в «притягувальні простори» пацієнта чи, в іншому разі, мимоволі взяти участь в його униканнях [Merten, & Krause 2003; пор. рис. 5]. Якщо, наприклад, пацієнт схильний перекладати відповідальність за власні рішення на інших, аби уникнути відповідальності, звичайно було б неправильно потрапити в пастку притягувального простору і говорити йому, що робити. Якщо пацієнт уникає соромливого досвіду чи соромливого погляду на самого себе, було б не дуже корисно мимоволі поділяти його тривогу та обережні рухи навколо цих делікатних зон. Терапевту радше слід розвинути інтуїтивний сенс «викривлених зон» в реляційному полі, аби зробити їх видимими і як можливо нейтралізувати їх за допомоги коректувального досвіду в безпечному терапевтичному просторі. В такий спосіб має прояснитися та розширитися зажитий простір пацієнта.

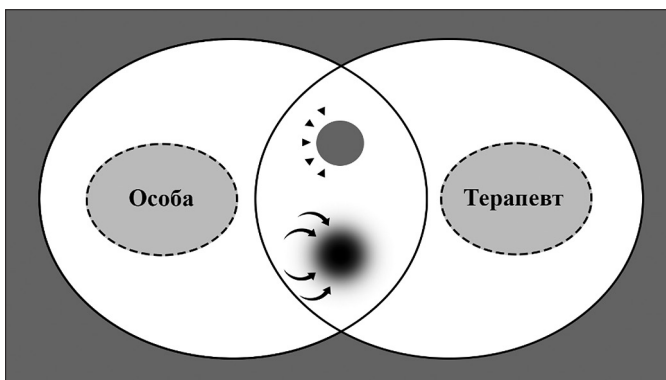


Рис. 5. «Репульсивні» та «атракативні» (притягувальні) простори у терапевтичних стосунках

Висновки

Викладенні вище, результати дослідження психотерапії зажитого простору можна підсумувати в чотирьох головних тезах:

1. Феноменологія – це наука про суб'єктивність, в тому сенсі, що усякий суб'єкт – це *світ*. Суб'єктивний досвід не міститься в середині психіки чи мозку, натомість він поширюється на особисті зажите тіло та простір. Зажитий простір також можна розглядати як особисту екологічну нішу, що її постійно формує обмін із довкіллям, так би мовити, завдяки резонзивності та резондованій активності. Цей обмін також має центральне значення для розвитку особистості.
2. Психічні хвороби – це також не проблеми з головою. Радше їх слід вважати обмеженнями чи деформаціями зажитого простору пацієнта або інгібуванням його резонзивності та обміном з довкіллям. Несвідомі дизфункційні патерни або почуття чи поведінкові акти слід розглядати як «сліпі плями» чи «викривлення» у зажитому просторі, що вони спричиняються до типових спотворень і в такий спосіб обмежують можливості та розвиток пацієнта.
3. Завдання психотерапії – розвідати та зрозуміти зажитий простір пацієнта з метою перевідкрити горизонт його можливостей. Головний агент досягнення цієї мети – інтерактивне поле, що його можна розглядати як «злиття горизонтів» світів пацієнта та терапевта. Це відкриває новий діадний простір переживань, що в ньому можна висвітлити сліпі плями та викривлення зажитого простору пацієнта. Тож з феноменологічного погляду, психотерапевтичний процес радше досвідний, ніж когнітивний, орієнтований на інсайт чи «археологічний». Узвичаєні чи імпліцитні способи взаємин пацієнта з іншими переграються (*reenacted*) «тут і тепер» в терапевтичних стосунках.
4. Феноменологія може слугувати рамкою для концептуалізації цих процесів у термінах втілення, просторовості, часовості та інтерсуб'єктивності. Вона пропонує мову для висловлення різних суб'єктивних переживань, не імпортовану з якоїсь теоретичної парадигми, а передусім ту, що впливає із самої герменевтики. Отже, не існує «феноменологічної психотерапії», що її можна було б вважати ще однією терапевтичною школою. Феноменологія радше пропонує опертя для досвідної та неупередженої настанови, що її має прагнути усякий терапевт.

References:

- Barker, R. G. (1968). *Ecological psychology. Concepts and methods for studying the environment of human behavior*. Stanford, CA: Stanford University Press.
- Beebe, B., Lachman, F., & Jaffe, J. (1997). Mother-infant interaction structures and presymbolic self- and object representations. *Journal of Relational Perspectives* 7, 133–182.

- Binswanger, L. (1963). Freud's conception of man in the light of anthropology. *Being-in-the-world. Selected papers of Ludwig Binswanger translated and with a critical introduction to his existential psychoanalysis by Jacob Needleman* (pp. 149–181). New York: Basic Books.
- Bühler, K.-E. (2004). Existential analysis and psychoanalysis: Specific differences and personal relationship between Ludwig Binswanger and Sigmund Freud. *American Journal of Psychotherapy* 58, 34–50.
- Fuchs, T. (2000). *Psychopathologie von Leib und Raum* (Psychopathology of lived body and space). [In German]. Darmstadt: Steinkopff.
- Fuchs, T. (2001) Melancholia as a desynchronization. Towards a psychopathology of interpersonal time. *Psychopathology* 34, 179–186.
- Fuchs, T. (2004) Neurobiology and psychotherapy: an emerging dialogue. *Current Opinions in Psychiatry* 17, 479–485.
- Fuchs, T. (2005). Corporealized and disembodied minds. A phenomenological view of the body in melancholia and schizophrenia. *Philosophy, Psychiatry & Psychology* 12, 95–107
- Fuchs, T. (2007). Fragmented selves: temporality and identity in Borderline Personality Disorder. *Psychopathology* 40, 379–387.
- Gadamer, H. G. (1995 [1960]). *Truth and method. 2nd revised edition*. Trans. from German by J. Weinsheimer and D. G. Marshall. New York: Continuum.
- Gibson, J. J. (1986). *The ecological approach to visual perception*. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Graumann, C. F. (ed.). (1978). *Oekologische Perspektiven in der Psychologie* (Ecological perspectives in psychology). [In German]. Bern: Huber.
- Greenson, R. (1967). *The technique and practice of psychoanalysis*. New York: International Universities Press.
- Hersch, E.L. (2003). *From philosophy to psychotherapy. A phenomenological model for psychology, psychiatry and psychoanalysis*. Toronto: University of Toronto Press.
- Holzhey-Kunz, A. (2001). Psychopathologie auf philosophischem Grund: Ludwig Binswanger und Jean-Paul Sartre. (Psychopathology on a philosophical basis: Ludwig Binswanger and Jean-Paul Sartre). [In German]. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie* 152, 104–113.
- Husserl, E. (1950). *Ideen zu einer reinen Phänomenologie und phänomenologischen Philosophie. I. Allgemeine Einführung in die reine Phänomenologie. Husserliana III*. (Ideas for a Pure Phenomenology and Phenomenological Philosophy. I. General Introduction to Pure Phenomenology. Husserliana III). Den Haag: Nijhoff.
- Husserl, E. (1931). *Ideas: An introduction to pure phenomenology*. Trans. from German by W.R. Boyce Gibson. New York: Macmillan.
- Husserl, E. (1952). *Ideen zu einer reinen Phänomenologie und phänomenologischen Philosophie. III. Die Phänomenologie und die Fundamente der Wissenschaften. Husserliana V*. (Ideas for a Pure Phenomenology and Phenomenological Philosophy. III. The Phenomenology and the Foundations of the Sciences. Husserliana V). [In German]. Den Haag: Nijhoff.
- Kraus, A. (1987). Rollendynamische Aspekte bei Manisch-Depressiven. (Role dynamics in manic depressive persons). [In German]. Kisker, K.P. et al. (eds.) *Psychiatrie der Gegenwart, Vol. 5* (pp. 403–423). Berlin Heidelberg New York: Springer.

- Kronmueller, K., Backenstrass, M., Kocherscheidt, K., et al. (2002). Typus melancholicus Personality Type and the Five-Factor Model of Personality. *Psychopathology* 35, 327–334.
- Kruse, L., & Graumann, C. F. (1978). Sozialpsychologie des Raumes und der Bewegung. (Social Psychology of Space and Movement). [In German]. Hammerich, K., Klein, M. (Hrsg.) *Materialien zu einer Soziologie des Alltags* (pp. 176–219). Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Lerner, R. M., & Bush-Rossnagel, N. A. (eds.). (1981). *Individuals as producers of their own development. A life-span perspective*. New York: Academic Books.
- Lewin, K. (1936). *Principles of topological psychology*. Trans. from German by F. Heider, G. Heider. New York: McGraw Hill.
- Lyons-Ruth, K. (1998). Implicit relational knowing: Its role in development and psychoanalytic treatment. *Infant Mental Health Journal* 19, 282–289.
- Margulies, A. (1984). Toward empathy: The uses of wonder. *American Journal of Psychiatry* 141, 1025–1033.
- May, R. (1964). On the phenomenological basis of psychotherapy. In: Straus, E.W. (ed.): *Phenomenology: Pure and applied. The First Lexington Conference* (p. 166–184). Pittsburgh: Duquesne University Press.
- Merleau-Ponty, M. (1962 [1945]). *Phenomenology of perception*. Trans. from French by C. Smith). London: Routledge and Kegan Paul.
- Merleau-Ponty, M. (1964). *Le visible et l'invisible*. (The visible and the invisible). [In French]. Paris: Gallimard. Merleau-Ponty, M. (1967) *Signes*. Paris: Gallimard.
- Merten, J., Krause, R. (2003). What makes good therapists fail? Philippot, P., Coats, E J., & Feldman, R.S. (eds.) *Nonverbal behavior in clinical settings*. Oxford University Press, Oxford.
- PCSG (Process of Change Study Group). (1998). Non-interpretative mechanisms in psychoanalytic therapy: The 'something more' than interpretation. *International Journal of Psychoanalysis* 79, 903–921.
- Ricœur, P. (1969). *Freud and philosophy: an essay on interpretation*. New Haven: Yale University Press.
- Romanyshyn, R. D. (1977). Phenomenology and Psychoanalysis. *Psychoanalytic Review* 64, 211–223.
- Sartre, J.-P. (1966 [1943]). *Being and nothingness*. Trans. from French by H. E. Barnes. New York: Philosophical library.
- Schacter, D. L. (1996). *Searching for memory*. New York: Basic Books.
- Stern, D. (1998). *The interpersonal world of the infant: A view from psychoanalysis and developmental psychology*. New York: Basic Books.
- Stern, D. (2004). *The present moment in psychotherapy and everyday life*. New York, London: Norton & Comp.
- Teilenbach, H. (1980). *Melancholy. History of the problem, endogeneity, typology, pathogenesis, clinical considerations*. Pittsburgh: Duquesne University Press.
- Varghese, F. T. (1988). The phenomenology of psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy* 42, 389–403.
- Willi, J. (1999). *Ecological Psychotherapy. Developing by Shaping the Personal Niche*. Cambridge/MA, Toronto, Goettingen: Hogrefe & Huber.
- Zahavi, D. (2005). Being Someone. *Psyche* 11(5), 1–20.

Thomas Fuchs. Psychotherapy of the Lived Space: A Phenomenological and Ecological Concept

Using phenomenological and ecological psychology as a base, the author develops the concept of lived space as the totality of an individual's spatial and social relationships, including his "horizon of possibilities". The lived space may also be regarded as the individual's ecological niche, which is continuously shaped by his exchange with the environment. Mental illness may then be conceived as a limitation or deformation of the patient's lived space, inhibiting his responsivity and exchange with the environment. Unconscious dysfunctional patterns of feeling and behaving act as "blind spots" or "curvatures" in lived space and lead to typical distortions, thereby further restricting the patient's potentialities and development. Accordingly, the task of psychotherapy is to explore and understand the patient's lived space in order to reopen his horizon of possibilities. The main agent for this purpose is the interactive field of psychotherapy, which may be regarded as a "fusion of horizons" of the patient's and the therapist's worlds.

Key words: *psychotherapy, lived space, patient, responded activity, phenomenological psychology, ecological psychology.*

Фукс Томас, доктор медицини, доктор філософії, Карл Ясперс професор філософії і психіатрії на кафедрі психіатрії при Гайдельберзькому університеті (Німеччина). Сфери його досліджень лежать на стику феноменології, психопатології та когнітивної нейронауки, з основним акцентом на втілення, енактивізм, часовість та інтерсуб'єктивність. Він координував Марсіліус-проект «Втілення як парадигма нової еволюційної культурної антропології» та очолює дослідницький центр видання «Karl-Jaspers-Edition».

<http://www.uni-heidelberg.de/fakultaeten/philosophie/philesem/phaenomenologie/>

Fuchs Thomas, DM, PhD, psychiatrist and philosopher, Karl-Jaspers-Professor for Philosophy and Psychiatry at the Psychiatric Department, Heidelberg University (Germany). His research areas lie at the intersection of phenomenology, psychopathology and cognitive neuroscience, with a main emphasis on embodiment, enactivism, temporality and intersubjectivity. He coordinated the Marsilius-Project "Embodiment as Paradigm of a new Evolutionary Cultural Anthropology" and heads now the Research Centre for the Karl-Jaspers-Edition.

<http://www.uni-heidelberg.de/fakultaeten/philosophie/philesem/phaenomenologie/>