

УДК 159.98 : 615.851

**СУЩНОСТЬ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ В ПСИХОТЕРАПИИ,  
ФОКУСИРОВАННОЙ НА ПЕРЕЖИВАНИИ****Погодин И.А.**

В роботі розглядаються деякі найбільш важливі аспекти психотерапевтичної практики в діалоговій моделі гештальт-терапії. Зокрема, автором аналізуються принципи побудови терапевтичних інтервенцій в рамках психотерапії, сфокусоване на переживанні. Особлива увага приділяється в статті важливості психологічного присутності терапевта, постулюється його примат над змістом терапевтичного процесу.

**Ключові слова:** діалогова модель гештальт-терапії, психологічне присутність, терапевтична інтервенція, феноменологічний поле.

The paper discusses some of the most important aspects of the psychotherapeutic practice in an interactive model of Gestalt therapy. In particular, the author analyzes the principles of therapeutic interventions in the framework of psychotherapy focused on experience. Special attention is given in the article the importance of psychological therapist's presence, it is postulated primacy over the content of the therapeutic process.

**Keywords:** interactive model of Gestalt therapy, psychological presence, therapeutic intervention, phenomenological field.

В работе рассматриваются некоторые наиболее важные аспекты психотерапевтической практики в диалоговой модели гештальт-терапии. В частности, автором анализируются принципы построения терапевтических интервенций в рамках психотерапии, сфокусированной на переживании. Особое внимание уделяется в статье важности психологического присутствия терапевта, постулируется его примат над содержанием терапевтического процесса.

**Ключевые слова:** диалоговая модель гештальт-терапии, психологическое присутствие, терапевтическая интервенция, феноменологическое поле.

В этой работе предлагаю сосредоточиться нам с вами, уважаемый читатель, на частных аспектах психотерапевтической практики, вносящих свой вклад в своеобразие диалоговой модели гештальт-терапии. Я попробую ответить на наиболее распространенные вопросы, которые возникают у людей, знакомящихся с методом. Например, каковы правила и принципы построения терапевтических интервенций в психотерапии, сфокусированной на переживании? А также каким образом в практике психотерапии используется принцип децентрализации власти и представления о природе феноменологического поля? Как соотносится содержание терапевтической сессии с восстановлением способности к переживанию? Как в процессе психотерапии терапевт обращается с появляющимися в поле концепциями? В качестве ответов на эти и другие вопросы я попытаюсь сделать краткие комментарии, призванные внести ясность в суть психотерапевтической практики,

построенной на принципах диалогово-феноменологического подхода.

**Психологическое присутствие терапевта первично по отношению к содержанию терапии: примат переживания над его содержанием**

Продолжая тему психологического присутствия применительно к специфике диалоговой модели, я бы хотел немного остановиться на одном частном аспекте рассматриваемой темы. Для психотерапии является общим местом важность её содержания. Направления психологической практики отличаются друг от друга тем, как они обрабатывают содержание, которое поступает в терапевтический процесс и тем, какова специфика этого содержания. Ведь не секрет, что психоаналитикам рассказывают одни истории, гештальт-терапевтам – другие, экзистенциальным терапевтам – третьи. Разумеется, независимо от принадлежности к школе, у каждого терапевта в соответствии с его терапевтическим стилем существуют также и свои личные особенности обращения с содержанием терапии.

Диалоговая модель гештальт-терапии несколько выпадает из описываемой схемы тем, что вообще не ставит акцент в терапевтическом процессе на его содержании. С позиции рассматриваемого подхода, содержание терапии вторично по отношению к качеству психологического присутствия и, как следствие, переживания. Другими словами, важно не то, о чем мы с клиентом говорим в процессе терапевтической сессии, а то, насколько мы позволяем себе и друг другу переживать это содержание. Клиент изменяется в процессе психотерапии не за счёт динамики её тем и открытий, которые происходят в этом процессе, а за счёт опыта возвращения себе способности Быть Живым. В целом – за счёт возвращения себе своей Жизни. Повторю сказанное полевыми терминами – важно не содержание динамики поля, но свободный естественный процесс переживания, который регулирует эту динамику.

Применительно к практике психотерапии это означает, что необходима трансформация представлений о терапевтической позиции. Хороший терапевт – это Живой и смелый терапевт. Примат в реализации терапевтической позиции теперь сдвигается в сторону качества психологического присутствия. Терапевт, опирающийся в методологии своей работы на теорию поля и переживания, не столько беспокоится о содержании своих интервенций, сколько об их основании (а оно может быть только одно – свободный выбор), а также витальности и честности присутствия в них.

**Акцент на принципиальной непредсказуемости психотерапевтического процесса**

Традиционно психотерапия, и гештальт-подход в этом не является исключением, апеллировала в соответствующей ей практике к различного рода моделям предсказательного свойства, которые могли бы помочь в построении тактики и стратегии терапевтической работы. Так, подавляющее большинство публикаций в области психотерапии вообще, и гештальт-терапии, в частности, помимо нескольких фундаментальных работ носило и носит технологический характер. Несмотря на то, что одним из важнейших оснований гештальт-подхода является теория поля и феноменология как метод, творческие усилия гештальт-терапевтов были сосредоточены на попытке предсказать, как будет вести себя тот или иной человек (клиент) в психотерапии. Разумеется, что такая работа, с точки зрения все той же теории поля, не может не оказаться благодарной – терапевт вооруженный той или иной прогностической концепцией, будет формировать в процессе терапии соответствующую концепции клиническую картину. Поле, безусловно, сколлапсирует до

---

феноменологической динамики концепции. Иначе говоря, терапевт увидит лишь то, что впишется в концепцию и не заметит ничего, что несвойственно ей. Более того, готовность терапевта увидеть лишь нечто определенное по закону динамики поля «переживание – концепция» сформирует соответствующую реальность терапии. Иначе говоря, клиент, действительно, будет вести себя так, как «предсказывает» концепция. Не захочет же он расстроить своего любимого терапевта!?

Диалоговая модель апеллирует в своем процессе к представлениям о поле, которое является по своей сути процессом. Причём, процессом принципиально непредсказуемым. По этой причине переживание как способ существования поля также непредсказуемо. Никакая прогностическая модель терапии разработана тут быть не может. Более того, любая такая модель «убьёт» саму возможность переживания.

### **Готовность терапевта удивиться – необходимое условие терапии**

Отсюда, одним из основных профессиональных качеств терапевта является его перманентная готовность (или способность) удивиться. Терапевт в любое мгновение терапевтической сессии должен быть готов встретиться с любым феноменом. И это **ОЧЕНЬ ВАЖНО**. В поле в следующую секунду может в процессе переживания появиться все, что угодно. И если у терапевта есть готовность увидеть лишь нечто определенное в той или иной ситуации сессии, то он увидит это. Однако переживание при этом будет вновь остановлено.

Традиционно при обучении гештальт-терапевтов обращают внимание на формирование у них готовности строить терапевтические гипотезы. Супервизоры довольно часто спрашивают у терапевтов после сессии: «Какова была твоя терапевтическая гипотеза?» С точки зрения диалогово-феноменологического подхода такой навык не просто не полезен, но и вреден. Он помогает, безусловно, молодому начинающему свою практику терапевту справиться с тревогой, но никак не способствует переживанию терапевтического контакта и человека в кресле напротив. На мой взгляд, тенденция строить терапевтические гипотезы значительно обедняет терапию, нежели обогащает её. Гипотеза существует в поле на правах концепции. На правах же концепции она и редуцирует спонтанную динамику поля, низводя ее до динамики структур.

Если она (эта способность) погасла от усталости, тревоги или выгорания, терапия сворачивает с пути переживания и начинает стремиться к механизмам, реализуемым в условиях экономии витальности, а именно – к концептуально-прогностической схеме. Зачастую появление у терапевта той или иной гипотезы относительно терапии или поведения клиента является маркером его усталости. Но что совершенно очевидно, так это то, что появление гипотезы возможно только в ситуациях, когда переживание затруднено. Процесс переживания и существование гипотезы возможны только на правах альтернативы – либо одно, либо другое.

Значит ли сказанное, что развитие терапевта должно идти по пути искоренения тенденции к построению гипотез? На этом ли построен процесс обучения и супервизии? Нет. В некотором смысле диалогово-феноменологический подход – это путь недеяния. Он не предполагает борьбы с чем бы то ни было. В том числе с гипотезами. Как я уже говорил, гипотезы существуют на правах концепции. Собственно говоря, они и являются концепциями. Поэтому и обращение с ними все то же – не помогать и не мешать. Напомню,

психотерапія, фокусированная на переживании – культура не фигуры, но фона. Применительно к данному аспекту это означает, что наша задача остаётся прежней – восстанавливать естественное течение процесса переживания. Ничего более. Концепция нужна каждому человеку, так же как гипотеза нужна терапевту, только в том случае, если переживание затруднено или невозможно. Если терапевт ставит акцент в своей практике на способности переживать, то через некоторое время такой практики он обнаружит, что гипотезы о поведении и жизни клиента все реже приходят ему на ум. Ещё раз повторю, переживание и концепции – альтернативы.

#### **«Что делать?» или «Что происходит?»**

Родственной только что описанной является ещё одна ситуация, с которой знакомы не только начинающие терапевты, но и опытные профессионалы. Кратко опишу её. Вдруг в какой-то момент терапевтической сессии у терапевта в сознании вместо потока феноменов появляется важный вопрос: «Что сейчас предпринять в этой терапевтической ситуации?» или более короткий его вариант: «Что делать?» Дальше возможны два варианта, существующих снова на правах альтернативы. Первый – попытаться ответить на этот вопрос – мысленно, или действиями. В лучшем случае напряжение вопроса снимется, в худшем – усилится. Даже если временно этот вопрос и снимется, вскоре он возникнет вновь, поскольку природа его появления ответом не разрешается. Иногда терапевт доводит себя до ментального паралича или паники, пытаясь ответить на этот вопрос. Или совершает действия за действиям, чтобы больше с ним не сталкиваться.

Альтернатива исходит из самой природы этого вопроса. Но прежде, чем озвучить её, сделаем шаг назад. Наш роковой вопрос появляется все в той же описываемой ситуации, когда переживание затруднено или невозможно. Следовательно, и альтернатива попытке на него ответить заключается в том, чтобы сделать шаг назад и задать себе другой вопрос «А что происходит?» В отличие от первого, этот вопрос возвращает нас к феноменологическому источнику переживания. Если терапевт восстановит свою чувствительность к полю, вопрос «Что делать?» просто перестанет быть актуальным.

#### **Практическое применение принципа децентрализации власти: способность удивиться или анализ вкладов терапевта и клиента**

Общераспространенным является мнение о том, что психотерапия – это профессия, где специалист лично участвует в работе. Иначе говоря, работает собой. Особенно это свойственно гештальт-терапии, которая контакт терапевта и клиента поставила во главу угла. И если раньше в психотерапии не было принято разговаривать с клиентом об отношениях с ним, то Ф. Перлз предложил терапевтам делать это смелее. Более того, терапевтический контакт стал в некотором смысле плацдармом для формирования у клиента нового опыта. Все это наложило свой отпечаток на требования к личной терапии будущих и настоящих профессионалов в области душевного здоровья. Разумеется, эти требования существуют и в других направлениях и школах психотерапии – психоанализе, экзистенциальной психотерапии и пр. Это является уже общим местом в подготовке психотерапевтов практически любого направления.

При этом основная задача личной психотерапии будущего профессионала является «проработка» своих личных проблем. Для того, чтобы в терапию со своими клиентами не приносить свои собственные темы и личностные трудности. Акцент в такого рода

---

проработке неизбежно должен ставиться на том, каковы мои сложности в жизни, отношениях, работе и пр. Когда кандидат через несколько лет получает свой квалификационный сертификат психотерапевта соответствующего направления, предполагается, что он, если и не избавился от всех своих проблем, то, по крайней мере, способен различить в разговоре с клиентом, где они вторгаются в терапевтический процесс. И это знание является необходимым условием для построения терапевтических интервенций. Общее правило таково – терапевт удерживается от «привнесения» в терапию своих «проблем», тем самым ограничивая диапазон интервенций.

Диалоговая модель гештальт-терапии построена на методологическом принципе децентрализации власти, который заключается в том, что источником психической и любой иной витальной активности являются не субъекты контакта/поля, но собственно контакт/поле. Этой же позиции вторит базовый принцип диалоговой феноменологии – «я такой потому, что ты есть». Что это означает для психотерапевтической практики? Клиент обратился не просто за психотерапией – он обратился к конкретному терапевту в конкретный период времени. И как у клиента, так и у терапевта нет ничего, кроме «собственных» неврозов и травм. В этом поле и будет происходить терапия. Попытка терапевта изолировать некие «свои» темы и вынести их за скобки терапии представляется мне, мягко говоря, наивной. Но даже если бы она была возможной, это скорее выхолащивало бы терапию, которая фокусируется на присутствии и переживании. Иначе говоря, контроль над динамикой переживания его просто уничтожит, поскольку оно по определению не подлежит контролю. Мы можем лишь его приостановить или заблокировать, но не контролировать. Это одна из причин, по которой я предлагаю ставить иные акценты в процессе построения терапевтических интервенций.

Вторая проистекает всё из того же принципа децентрализации. Как только клиент появился в моём рабочем кабинете, а иногда ещё и раньше (когда позвонил и записался на приём, например), он приступил к процессу формированию меня, который остановится лишь с прекращением действия нашего контакта, который также может выходить за пределы заключенного контракта и продолжаться ещё какое-то время после психотерапии. Верно, разумеется, и обратное – я участвую в формировании своего клиента в той же мере. Все феномены контакта, появившиеся в терапии, уникальны и принадлежат только ему. Поэтому, пожалуй, самое неблагодарное занятие, к которому я бы приступил в этой ситуации, это постараться бы все же усилием концепции выделить «свои» вклады в терапию и «клиента».

Все, что мне остаётся, и я этому безмерно рад, это по-возможности честно, осознанно и свободно констатировать то, что будет происходить в феноменологическом поле во время терапии. И делать это со всей ответственностью. И рисковать присутствовать. И осознавать нечто новое для себя сегодня больше, чем вчера. И если мне удастся психологически «вырасти» над самим собой в процессе работы с клиентом, а не фобически фильтровать свои реакции, то это может оказаться самым большим, что я могу сделать для своего клиента. Разумеется, требования к профессиональной квалификации терапевта, равно как и его профессиональная ответственность, при таком подходе многократно увеличиваются.

Поэтому и личная терапия просто необходима терапевту. Возможно, даже более необходима, чем представителям других школ и направлений психотерапии. Только вот цели

её значительно отличаются от общепринятых. Собственно говоря, она остаётся прежней – переживание. Задача личной психотерапии будущего диалогового психотерапевта заключается в получении опыта переживания, а также чувствительности, осознания, свободного выбора и присутствия.

То же самое я могу сказать и о супервизии, задача которой не помочь терапевту разграничить «свои» темы/проблемы и темы/проблемы «клиента», или построить более адекватные ситуации терапевтические гипотезы, а восстановить у терапевта ресурсы чувствительности, осознания, свободного выбора, присутствия и как следствие – переживания.

### **Принципы построения интервенций в психотерапии, фокусированной на переживании**

Пожалуй одной из специфических особенностей диалоговой модели являются принципы и основания построения интервенций. О некоторых из них я уже говорил более подробно. Тут я попробую довольно кратко описать ещё несколько из них.

*Интервенцию «делает» её мотив, а не содержание.* Какое значение я вкладываю в этот тезис? О примате качества присутствия над содержанием терапевтического контакта я уже говорил. Тут речь пойдёт об источнике терапевтической интервенции. Иначе говоря, важно ответить на вопрос «Что мною движет, когда я говорю ту или иную фразу своему клиенту?» Не путайте этот важный феноменологический вопрос с похожим на него «Чего я хочу добиться этой интервенцией?» В первом случае я адресую себя к текущей феноменологической динамике поля, т.е. – к переживанию, во втором – к концепции. Я хочу подчеркнуть, что одна и та же интервенция (т.е. буквально одна и та же фраза), произведённая из разных мотивов произведёт порой радикально отличающийся эффект. В одном случае она не долетит и до уха клиента, не то что до его сердца. А во втором – как стрела вонзится в контакт и сердце клиента, возможно, неузнаваемо изменив и контакт, и его жизнь. Чудо, не правда ли?

В чем же отличие этих ситуаций? В источнике самой интервенции. Универсальным источником энергии в поле, как уже не раз повторялось здесь, служит переживание. А оно возможно лишь на основе свободного выбора. Свободный выбор и феноменов, лежащих в основе интервенции, и самой интервенции, является в некотором смысле двигателем интервенции. Только интервенция, появившаяся из акта свободного выбора, в состоянии запустить переживание. Воздух в терапевтическом кабинете звенит вокруг интервенции только потому, что она выбрана. И наоборот, идентичная формулировка интервенции, источником которой является концепция, не произведет эффекта в зоне переживания. В лучшем случае клиент проигнорирует её, в худшем же – заимствует для себя концепцию, которую вы разместили внутри неё. От возможности переживать он отдалится ещё дальше. Причем сказанное верно вне зависимости от степени гуманистичности и «человеколюбия» концепции, которая лежит в основе интервенции. Например, ваши представления о том, как и какой опыт клиенту лучше усвоить, или что он ещё не в состоянии пережить тот или иной феномен и пр. никак не отменяют природу концепции. Поле мстит за такое высокомерие терапевта, рядящееся в одежды «любви» и «уважения» к клиенту.

*Терапевт делает интервенцию «для себя».* В некотором смысле (критически настроенному читателю здесь стоит задержать дыхание и дочитать параграф до конца)

---

терапевт делает интервенцию «для себя». Попробую пояснить, что я имею в виду. Рассмотрим ещё одну альтернативу, относящуюся к технике психотерапии. На сей раз в основе её лежат представления не о мотиве, а о цели интервенции. «Зачем я делаю эту интервенцию?» Этот вопрос очень важен для дифференциации интервенций. В одном случае я произвожу эту интервенцию с тем, чтобы помочь клиенту осознать нечто, чего он не замечал до этого, или предложить ему эксперимент, который поможет ему сформировать новый и важный для него опыт. Какая бы внутри меня не была формулировка, в фокусе моего внимания – клиент, а именно его изменения. Как правило, такая интервенция чрезвычайно слаба. В другом же случае я делаю интервенцию потому, что она выбирает меня, а я выбираю её. Я не могу не сделать её, не предав себя в этой уникальной ситуации. Такая интервенция, как правило, гораздо сильнее в смысле восстановления переживания.

Поэтому я бы рекомендовал следующее. Если вы своей интервенцией хотите изменить жизнь клиента, лучше не делайте её. Но вот в том случае, если эта интервенция выбрала вас, отдайтесь ей. Поле отблагодарит вас.

**Осознание сопровождает интервенцию, а не предшествует ей.** Хорошая интервенция никогда не целесообразна, но всегда выбрана! Традиционно же психотерапия апеллирует к целесообразности интервенции. При этом осознание его целесообразности предшествует ее исполнению. Разумеется, что двигателем такой интервенции является концепция. Если наша цель не заключается в переживании, то это может быть даже неплохо. Большинство школ и направлений психотерапии используют рычаги концепций для трансформации личности. Поэтому логика построения интервенции на основе той или иной концепции вполне оправдана. Правда, использование категории осознания (awareness) здесь едва ли оправдано.

Интервенция в диалоговой модели гештальт-терапии исходит из самой природы поля – именно оно подсказывает её. Порой хорошую интервенцию, вытекающую из динамики переживания, терапевт замечает как бы вдогонку. При этом осознание интервенции и собственно интервенция становятся одним целым. Терапевт в полной мере превращается в агента поля. Такие ситуации, на мой взгляд, отражают высочайшую квалификацию в психотерапии и встречаются не так часто. Но к ним стоит стремиться.

**Об ответственности за интервенцию.** Тут я на всякий случай попробую снова упредить недоброжелательный вопрос оппонентов: «Не ведёт ли такая позиция к профессиональной безответственности?!» Нет, не ведёт. Наоборот, может быть, впервые возвращает её. Целесообразная интервенция, основанная на той или иной концепции, защищена от ответственности авторитетом самой концепции. Терапевту не за что отвечать, если он добросовестно реализовывал ту или иную «схему лечения». В случае неудачи всегда можно сослаться на авторитет. В случае же выбранной интервенции только терапевт в полной мере несёт ответственность за неё и её последствия. За выбор спрятаться невозможно.

Однако тут важно сделать ещё одно замечание во избежание неверного понимания модели. Акконцептуальность источника терапевтических интервенций в рамках методологии психотерапии переживанием не означает никакой борьбы с концепциями. Этого никогда не было в методологии модели. Акконцептуальность не есть антиконцептуальность. Интервенция, основанная на выборе, может оказаться точно такой же по своей

формулировке, что и интервенция, опирающаяся на концепцию. Это очень важно. Разница не в направлении терапии, а в мотивах терапевтической активности терапевта. Если бы диалоговая модель боролась с психотерапевтическими концепциями, она носила бы исключительно концептуальный характер.

**Готовность терапевта переживать вместе с клиентом.** Это очень важный аспект проблемы построения интервенций. Звучит он примерно так – не стоит поддерживать у клиента переживание тех феноменов, к обращению с которыми сам терапевт не готов. Если терапевт чувствителен к полю, скорее всего этого не произойдет. Промахи случаются лишь тогда, когда сам терапевт утрачивает чувствительность к контакту и его интервенции начинают носить «задорно-концептуальный» характер – появляются идеи относительно того, что ещё можно предпринять по отношению к клиенту, чтобы он начал переживать свою жизнь.

В чем опасность такой ситуации? Когда человек сталкивается с любым феноменом поля, перед ним открываются две уже знакомые нам альтернативы – концептуализация или переживание. Если переживание невозможно и какая-то привычная рабочая концепция не берёт на себя её роль, то динамика поля блокируется, что соответствует природе травмы. Под неё автоматически создаётся соответствующая травматическая концепция. Таким образом, терапевт «фасилитирующий» процесс переживания и не имеющий возможности его поддержать своим присутствием, формирует ситуацию, чреватую травмой.

**В процессе психотерапии переживанием терапевт «лечится» вместе с клиентом.** По всей видимости, вам, уважаемый читатель, становится очевидным тот факт, что способность терапевта переживать для терапевтического процесса является первичным. Трудно, а скорее даже невозможно, помочь клиенту переживать свою жизнь, если к переживанию происходящего в поле терапевт сам не готов. Терапевту важно помнить об этом ограничении. Для этого и предназначены личная терапия и супервизия. Вместе с тем, сам процесс психотерапии, фокусированной на контакте, предполагает совершенно равные возможности для «оздоровления» и клиенту, и терапевту. Терапевтические факторы психотерапии переживанием обоюдны для одного и для другого. Это заложено уже в самой методологии терапевтической модели – вспомним принцип децентрализации.

В некотором смысле в процессе психотерапии терапевт «лечится» вместе с клиентом (прошу отметить – вместе, а не вместо!). Более того, именно эта особенность модели выступает одним из самых мощных её терапевтических факторов. Иначе говоря, прорыв терапевта в процессе переживания является мощнейшим энергетическим фактором, витализирующим поле. Но это и наиболее трудный тип интервенции. В некотором смысле это высший пилотаж в психотерапии. По сложившейся психотерапевтической традиции, терапия – это пространство, обслуживающее клиента. Более того, именно терапевт олицетворяет это обстоятельство, следовательно, он наделён по умолчанию некой властью и, как следствие, одиночеством.

Я же, наоборот, хочу подчеркнуть ту невероятную терапевтическую силу, которая содержится в возможности терапевта «вырасти» в терапии над самим собой – например, рискнуть в сессии переживать то, к чему раньше не рисковал прикасаться своим сердцем. Это тип самых сильных и более того, подчеркну, самых честных интервенций профессионала в области психотерапии переживанием. К сожалению, в рамках настоящей

---

статьи я довольно сильно ограничен в терапевтических иллюстрациях. Тех из вас, кто заинтересован в более детальном рассмотрении этого тезиса, я с удовольствием приглашаю на страницы книг «Диалоговая гештальт-терапия: психотерапия переживанием» и «Рискуя Быть Живым: психотерапия присутствием».

**Отказ от высокомерия, проявляющегося в убеждении о возможности изменить жизнь клиента.** Исходя из фундамента методологии диалоговой модели гештальт-терапии, терапевт и клиент – совершенно равные в правах участники контакта. Их статус агентов поля не даёт терапевту оснований считать себя специалистом по Жизни клиента. Терапевт просто не может знать, каков путь развития клиента и уж тем более не может определять его. Какая бы методология и концепции за этим его стремлением не стояли. Единственным фактором изменений является поле и презентующее его пространство терапевтического контакта. Именно они, а не мы с вами, помогаем клиентам меняться. Все, что нам остаётся, это быть максимально чувствительными к тому, что происходит в поле и давать этому голос. Мы – проводники поля. И, согласитесь, это немало.

Надійшла до редакції 01.09.2016

---