

# Наблюдающий участник в психотерапевтической клинике

*Автор выстраивает статью на основании двух направлений работы с Робертом Хиншелвудом — больница Кассел и исследование, проведенное методом активного наблюдения. Будучи одновременно наблюдателем и сотрудником одного конкретного медицинского (психотерапевтического) учреждения, он показывает возможность более сбалансированного формата работы, дающего возможность понять, как функционирует организация на всех уровнях, а также выявляющему конфликты между этими уровнями (вместо того, чтобы быть поглощенным ими). Он описывает кризис в его отделении, а также другие организационные структуры, причастные к возникновению этого кризиса, и способы взаимодействия с ним.*

## Вильгельм Скогстад

[об авторе](#)

Переведено и издано с разрешения автора и British Journal of psychotherapy

Перевод с англ. Тармогиной Т.А.

## ВСТУПЛЕНИЕ

Боб прошел много разных, но взаимосвязанных друг с другом путей своей профессиональной деятельности. Он часто вовлекал в работу других специалистов, поддерживая и вдохновляя их, но также творчески используя их вклад. Я присоединился к Бобу на некоторое время по двум направлениям: одно — в качестве консультанта в больнице Кассел, когда Боб был там клиническим директором; совместно мы написали работу (Хиншелвуд&Скогстад, 1998), которая привела к дальнейшему созданию моих собственных трудов (Скогстад, 2001, 2006). Другое направление — это исследовательский проект Боба, в котором стажеры в области психиатрии и психотерапии исследовали психиатрические и другие лечебные учреждения под его руководством. Я работал над исследованием клинического отделения (Скогстад, 1997) и вместе с Бобом создавал книги «Наблюдая за организациями» (Хиншелвуд&Скогстад, 2000). Мой вклад в эти работы заключался в расширении угла зрения по этим направлениям.

В нашей книге мы открыли научный диспут на тему, как будучи активным наблюдателем функционирования организации и анализируя ее культуру и динамику

с этой удаленной позиции можно помочь стать тем, кого мы называем «наблюдающим участником». Под этим мы подразумеваем непосредственную работу в этой организации со всей ее сложной динамикой и одновременно способность «думать в большей степени, чем быть под давлением» (Хиншелвуд&Скогстад, 2000, р.26). Я хотел бы поделиться впечатлением о том, как, будучи консультантом больницы, я пытался и участвовать в работе больницы, занимая лидирующую позицию, и одновременно наблюдать за этими процессами.

## ЛЕЧЕБНОЕ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ И ЕГО ВНУТРЕННИЕ ТРЕВОГИ

Больница Кассел представляет собой более сложно организованное учреждение, чем большинство лечебно-терапевтических организаций (Хиншелвуд&Маннинг, 1979). Лечение пациентов проходит на нескольких уровнях: в индивидуальной терапии, в маленьких группах по 2-3 участника в сопровождении младшего медицинского персонала, в терапевтических группах по 5-8 человек, в расширенных — до 15 человек из отделения и в больших группах, где принимают участие все пациенты больницы. Подобным же образом организуется работа с медицинским персоналом: проводятся индивидуальные супервизии, супервизии малыми группами отдельно для терапевтов и медсестер, совместные группы; также организуются отдельные собрания по командам и компетенциям, плюс еженедельно проходит общее собрание для всего персонала клиники.

Структурно клиника представляет собой несколько отделений. В недавнем прошлом это было 3 отделения: взрослое, подростковое и семейное. С недавнего времени — только 2: объединённое отделение взрослое и подростковое, которое возглавлял я, и семейное отделение. Больница относится к Фонду Национальной Службы Здравоохранения, который в свою очередь также обладает собственной динамикой и процессами. В моей работе в качестве руководителя стационара мне необходимо было быть в курсе работы всех этих уровней. Если я бы ограничивался только

отношениями пациентов с терапевтами, я бы упускал важные элементы, всплывающие в отношениях с младшим медицинским персоналом, старшим медицинским персоналом или непосредственно со мной. Если я бы смотрел только за сотрудниками клиники, я бы не замечал очень важную часть, касающуюся установлению приятельских отношений с пациентами. Если я бы фокусировался на пациентах, проходящих индивидуальную терапию, я бы упускал групповую динамику. А если я бы уделял все свое внимание только пациентам, то мимо меня проходила бы динамика, формирующаяся внутри коллектива больницы.

Важным фактором, вызывающим большую тревогу и оказывающим значительное влияние на работу клиники Кассел, является смерть — в широком понимании: умирание самой клиники и смертность среди пациентов. Закрытие Касссела стало угрозой в 1990 (Кеннеди, 2002), которая с тех пор еще несколько раз повторялась — три года назад, когда пришлось существенно сократить коечный фонд, и два года назад, когда закрыли госпиталь Хендерсон. Кончина пациентов всегда вызывает сильное волнение. Многие пациенты время от времени проявляют серьезные суицидальные намерения. За 16 лет работы в Касселе произошло 3 самоубийства (последнее всего два года назад) и предпринято много попыток. Мы часто реагируем на такие тревожные события рефлексивно, и в какой-то момент они становятся очень тяжелыми, подрывающими адекватное мышление и поведение мед персонала; в некоторых случаях игнорируется серьезность, опасность таких явлений. Эти явления и реакции на них очень взаимосвязаны — в результате регулярно совершаемых попыток атрофируются чувства медицинского персонала, а в результате такой статистики возникает риск закрытия самой клиники.

## ОТ СТАБИЛЬНОСТИ ДО РАССТРОЙСТВ

Все наши пациенты обладают психопатологиями и пережили серьезные психотравмы: абьюзы, пренебрежения, попытки суицида и самоповреждения, личностные расстройства. И все это должно

быть исследовано и проработано — индивидуально или в группах. Для некоторых пациентов терапия становится слишком тяжелой, они покидают клинику и бросают лечение. До недавнего времени у нас была очень стабильная ситуация — целый год без рецидивов. В моем сознании я связал это спокойствие с хорошим рабочим альянсом, который установился у меня со старшей сестрой отделения Сандрой. Пациенты очевидно воспринимали нас как заботящуюся, крепкую родительскую пару. Они это наглядно продемонстрировали на концерте, который традиционно проходит в клинике в канун Рождества. На праздничном мероприятии пациенты представили свою версию инсценировки «12 дней Рождества». В стихах пьесы прозвучали фразы «2 звонка от Сандры утром, чтобы проснуться» и повторяющаяся рифма «Сэр Скогстад планирует встречу с вами».

И поэтому, когда Сандра объявила об уходе, это стало настоящим ударом для пациентов и лично для меня. Мы, сотрудники клиники, были в курсе ее предстоящего ухода и были уверены в нашей готовности продолжать работать так же хорошо и стабильно, как мы это делали раньше. Пациенты были очень тронуты этой утратой и устроили ей теплое прощание, при этом не проявляя сильного беспокойства.

Однако уже на следующей недели начали происходить очень странные вещи. Настроение пациентов внезапно обострилось и стало деструктивным, что застало меня врасплох. В течение последующих недель у нескольких молодых больных возобновилось аутоагрессивное поведение; некоторые подростки покидали госпиталь и напивались за его пределами или приносили алкоголь в клинику, а однажды одна семнадцатилетняя девушка предприняла попытку задушить себя очень необычным образом. Трех подростков мы были вынуждены поместить в отделение острой терапии: одна девочка снова стала слышать внутренние голоса, приказывающие ей обижать детей, у двоих других усилились суицидальные намерения. А однажды на выходных две девочки-подростка вышли за пределы клиники, взяли у незнакомца наркотики и занялись с ним сексом.

Группа молодых людей развлекались тем, что размещали уничижительные картинки на Фейсбук странице другого мальчика. В терапевтической группе подростков наблюдалось сильное возбуждение, сопровождающееся жестокими нападениями на терапевта. Очевидно, что деструктивное сознание, лежащее в основе гангстерской культуры, вышло из-под контроля и получило развитие среди молодого состава пациентов. Взрослые пациенты также сильно жаловались на это.

### ИССЛЕДУЯ И АНАЛИЗИРУЯ ДИНАМИКУ

Как нам следует понимать эту целую волну разыгрывания и проявления гангстерской культуры? Было ли это все лишь совпадением, вызванным индивидуальными проблемами пациентов? Была ли это коллективная реакция на уход старшей сестры? Или же это было проявлением более сложной групповой динамики?

Безусловно индивидуальные проблемы пациентов были привнесены в эту ситуацию, этого нельзя отрицать. Подросток по имени Андреа, который был уличен в выпивке и самоповреждении, в детстве переживал сильное пренебрежение со стороны родителей, которые только претворялись заботящимися, и эта пережитая травма несомненно актуализировалась у Андреа, когда ушла Сандра. Другая пациентка, Беатрис, которая пыталась задушить себя, пережила сильное потрясение, связанное с внезапной смертью ее бабушки; Беатрис была очень чувствительна к утратам, и именно это чувство всколыхнулось в ней, когда она потеряла безопасность и устойчивость в отделении, в котором провела целый год. Молодая девушка Шарлотт, сыгравшая ключевую роль в активизации гангстерской культуры (бандитского поведения), видимо, идентифицировалась со своим отцом, который был настоящим гангстером; у нее и так уже был заложен соответствующий интроект — агрессивного и нарциссичного бандита (пользуясь логикой Розенфельд, описанной в работе 1971 г), который она в той ситуации выпустила наружу. А Дора, 17-летняя девочка, слышащая внутренние голоса, приказывающие

ей причинять вред детям, в детстве часто подвергалась домашнему насилию, в то время, как ее маленький брат рос в полной безопасности; она долго сдерживала эти голоса, но не смогла им противостоять, когда один мальчик из Семейного отделения стал слишком навязчивым и тем самым заставил ее снова чувствовать себя беззащитной, в первую очередь от ее собственной зависти и садизма.

Однако индивидуальная патология не является достаточным объяснением разразившегося расстройства. Помимо ухода Сандры, были другие события, отразившиеся на состоянии пациентов. В течение нескольких недель четверо взрослых пациентов завершили лечение, а в Подростковое отделение было принято трое новых. И это сразу же изменило баланс внутри группы подростков, многие из которых уже и так находились в уязвимом положении. Их состояние можно сравнить с тем, как если бы они оказались брошенными родителями, и одновременно столкнулись с новыми братьями и сестрами, которые также требовали к себе внимания. Всего лишь через две недели после ухода Сандры, мой старший психотерапевт объявила, что ей нужно прервать работу на какое-то время; и эту тут же оказало влияние на пациентов и группу в целом; все расстроились еще больше, чувство брошенности усилилось. Я надеялся, что приход новой старшей сестры, Хелен, изменит ситуацию в лучшую сторону. Однако Хелен с самого начала проявила себе довольно конфликтно и поэтому была воспринята не как долгожданная мать, а скорее мачехой, новой женой отца, пытающейся захватить власть в доме. Дополнительно к этому тревожные события стали происходить по всей клинике. В течение нескольких недель суд вынес решение в отношении детей трех женщин, пациенток из Семейного отделения. Дети должны были быть отлучены от матерей и распределены по другим семьям, в одном случае вопреки рекомендациям врачей. Дети — важные члены общества, а также источник идентификации для других; их изъятие из группы, даже если оно и обосновано, все равно воспринимается другими болезненно, некоторыми даже как настоящая травма.

Анализируя персонал, можно констатировать, что они также испытывали сильное чувство утраты из-за ухода старшей сестры. В первый же день без нее я почувствовал, насколько растревоженным был я сам, гораздо сильнее, чем я ожидал. Я также волновался из-за отсутствия моего старшего психотерапевта. Вскоре я увидел и изменения в команде: появились препирания между коллегами, нетерпеливые перебивания друг друга и ранее совсем не свойственное соперничество. Когда Хелен, новая старшая сестра, приступила к своим обязанностям, она проявила себя очень авторитарно и недружелюбно — в совершенно несвойственной для нашего коллектива манере. Ее поведение очень быстро дезорганизовало персонал, разозлило нас, включая меня самого. Одновременно стали происходить изменения и на другом организационном уровне. Комиссия по контролю качества медицинского обслуживания (Health Care Commission, <https://www.cqc.org.uk/>) провела расследование и выявила серьезные нарушения в работе Фонда, что привело к резкой смене его руководства. Новому директору была поставлена задача разобраться в делах учреждения. Сначала эта задача была никому не понятна, но, когда новый руководитель начал проводить беседы с персоналом, многим стало очевидно, что их сейчас будут тщательно проверять, в том числе и оказывая давление. У многих это вызвало большое волнение. Все эти события, одновременно происходящие на совершенно разных уровнях функционирования организации, свидетельствовали об одном общем переживании — чувстве провала и утраты родителей, как будто нас всех, от пациентов до топ менеджеров, бросили одних — беззащитными и уязвимыми. Гангстерская культура, столь стремительно развившаяся среди пациентов Подросткового отделения, была интерпретирована мною как коллективная защита против собственной уязвимости вследствие потери родителей. Защита, которая сознательно или бессознательно, работала не только у подростков, но и гораздо шире — у всех пациентов и персонала. Проявление такого деструктивного поведения и актов разыгрывания на самом деле было

криком о помощи, потребности в сильных и равнодушных родителях, способных проявить свою родительскую власть и обуздать деструктивность «детей»-пациентов, вышедшую у них самих из-под контроля.

Именно такую осмысленность и твердость я вместе с моей командой стремился продемонстрировать в работе - как с пациентами, индивидуально и в группах, так и с коллегами. Мне приходилось справляться и с собственными переживаниями, которые буквально затапливали меня. Так, анализируя авторитарную манеру поведения Хелен, я понял, что она сама была переполнена страхами из-за выхода на новое место и риска не справиться со своими обязанностями. Этот вывод помог мне проявить к ней понимание и поддержку вместо того, чтобы наброситься на нее с критикой, как мне изначально хотелось. Групповые собрания по рефлексии открыли нам возможность проговорить и обменяться собственными тревогами, которые скрывались за напряжением в команде, а также открыто обсудить психическую динамику среди пациентов. Постепенно нам удалось проработать и переустановить наши границы, которые подверглись эрозии, и таким образом противостоять деструктивным импульсам наших пациентов. У меня возникло ощущение, что мы начали справляться с нашими трудностями и этой сокрушающей динамикой.

#### ДИНАМИКА НА БОЛЕЕ ВЫСОКОМ УРОВНЕ

Вскоре, совершенно неожиданно, я получил письмо от нового руководителя. Меня поставили в копию E-mail, обращенного моей команде, старшему составу больницы и менеджерам Фонда. В этом письме новый директор выразил серьезную озабоченность произошедшими в клинике инцидентами и потребовал провести расследование, а также запросил отчет о действиях, которые мы предприняли в отношении этих случаев. Я чувствовал себя под обстрелом и совершенно подорванным. Вместо того, чтобы поговорить со мной и дать возможность команде самой разобраться с трудностями, он создал ситуацию, в которой нам всем пришлось оправдываться — перед ним

и перед Фондом. Эта ситуация вызвала в моей команде сильнейшее чувство травмы и опасности. На встречах с новым директором и главой контроля качества я буквально чувствовал угрозу. Но одновременно с этим я ощущал сильную тревогу в нем самом. Директор казался захваченным собственным страхом, а также беспокойством от действий Фонда за его спиной. Вместо того, чтобы попытаться переработать свою тревогу, он передал ее мне и моей команде. Такая реакция могла быть отражением его индивидуального восприятия, но мне показалось, что это было скорее следствием измененных условий Фонда и давлением, которое на нас всех оказывалось. Мой первоначальный импульс сказать «нет» на его требование уже не показалось мне правильным решением; это только усилило бы его тревогу и эскалировало ситуацию, вынудив его привлечь представителей Фонда к решению вопроса.

Мне пришлось искать способ вступить в сотрудничество с тревогой моего нового босса и обеспечить выполнение его запроса, одновременно стараясь предотвратить усиление беспокойства среди моих сотрудников. Без помощи моих коллег мне бы этого не удалось. В конце концов, я предоставил отчет, в котором отразил мое понимание скрытой внутренней динамики, переживаемой нашей организацией, а также описал действия, предпринятые нами в отношении индивидуальных пациентов и групп. Презентация моего отчета руководству запустила процесс, который привел к явной поддержке моей позиции и к дальнейшему анализу внутренней динамики организации в более широком смысле.

#### ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Надеюсь, мне удалось передать ощущение того, как я в своей работе пытался выполнить две задачи — быть участником процесса и его наблюдателем. В отличие от многих работающих в Национальной Службе Здравоохранения, у меня была возможность поработать с коллегами — опытными и способными к самонаблюдению, и в учреждении, которое разделяло ценность такого видения, даже если не всегда была возможность его применить.

Том Мейн (1983) ввел термин «культура запроса» — модель взаимодействия, делающей возможным изучение, понимание и разрешение напряженных конфликтных ситуаций, а также той оборонительной позиции, которая возникает в них на любом уровне (1983, р.136). Работа по такой модели позволяет создать среду, при которой каждый может как выполнять свои прямые обязанности, так и развивать свое наблюдательное «я». Боб Хиншелвуд и Питер Гриффитс (Граффитс & Хиншелвуд, 2001) описали в своей работе, как легко подорвать основы такой системы даже в тех организациях, которые изначально заточены на постоянное использование аналитического и наблюдающего подхода. Мейн (1967) также описал движение творческой мысли по лестнице «иерархического продвижения» — от доминанты эго до захвата суперэго, от полезной адекватной мысли до фанатичных убеждений, требующих безусловного подчинения.

Концепция «культуры запроса», основанная на способности быть любознательным и пытливым, может и сама трансформироваться в преследующее суперэго; так часто и происходит в сегодняшней системе господства KPI и экселевских таблиц, при которых существует только два полиса — «правильно» и «неправильно».

Я смог удовлетворить запрос моего босса, как только задача, продиктованная суперэго и его внутренней тревогой, встала в противодействие с моей внутренней реакцией; выполнение запроса стало возможным только при возвращении моей рефлексии в область думающего эго. Я помню работу Мейна (1983), в которой он описывал провал первого нортфильдского эксперимента, где Бион, будучи успешным на низших операционных уровнях отделения военного госпиталя, в котором он работал, не уделил должного внимания высшим организационным уровням, что в итоге привело к его увольнению. Таким образом, я сделал вывод, что поступил правильно, уделяя внимание процессам, происходящим не только в моем управлении, но также тем, которые происходили надо мной.

**Важное замечание.** Все имена, приведенные в работе, изменены. Автор получил

разрешение на публикацию от коллег, работающих в клинике Кассел. ■

#### БИБЛИОГРАФИЯ

Griffiths, P. & Hinshelwood, R.D. (2001) Enquiring into a culture of enquiry. In: Day, L., and Pringle, P (eds), Reflective Enquiry into Therapeutic Institutions, pp. 29-44. London: Karnac.

Hinshelwood, R.D. & Manning, N.P. (1979) Therapeutic Communities: Reflections and Progress. London: Routledge.

Hinshelwood, R.D. & Skogstad, W. (1998) The Hospital in the mind: The setting and the internal world. In-patient psychotherapy at the Cassel Hospital. In: Pestalozzi, J., et al., Psychoanalytic Psychotherapy in Institutional Settings, pp. 59-73. London: Karnac.

Hinshelwood, R.D. & Skogstad, W. (2000) Observing Organizations: Anxiety, Defense and Culture in Health Care. London: Routledge.

Kennedy, R., Psychoanalysis, History and Subjectivity, pp. 31-48. London: Routledge.

Main T. (1967) Knowledge, learning and freedom from thought. In: Day, L. and Pringle, P. (eds), Reflective Enquiry into Therapeutic Institutions, pp. 1-22. London: Karnac. 2001.

Main T. (1983) The concept of the therapeutic community: Variations and vicissitudes. In: Main, T., The Ailment and Other Psychoanalytic Essays, pp. 124-42. London: Free Association Books, 1989.

Rosenfeld, H. (1971) A clinical approach to the psychoanalytic theory of the life and death instincts: An investigation into the aggressive aspects of narcissism. International Journal of Psychoanalysis 52: 169-78

Skogstad, W. (1997) Working in a world of bodies: Defensive techniques on a medical ward — a psychoanalytical observation. Psychoanalytic Psychotherapy 11 (3): 221-41.

Skogstad, W. (2001) Internal and external reality: Enquiring into their interplay in an inpatient setting. In: Day, L. and Pringle, P. (eds), Reflective Enquiry into Therapeutic Institutions, pp. 45-65, London: Karnac.

Skogstad, W. (2006) Action and Thought: Inpatient treatment of severe personality disorders within a psychotherapeutic milieu. In: Newirth, C., Meux, C. and Taylor, P. (eds), Personality Disorder and Serious Offending, pp. 161-9. London: Hodder-Arnold.