

Клиническая (медицинская) психология

УДК 616.89 + 159.964.2
ББК Ю97 + Ю921.11

«МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНОСТЬ» С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ДИНАМИЧЕСКОЙ ПСИХИАТРИИ КАК ОДНОЙ ИЗ ФОРМ ИНТЕГРАЦИИ ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКОЙ НАУКИ И ТЕРАПИИ В ПСИХИАТРИЮ¹

И. Бурбиль

Представлен обзор основных положений динамической психиатрии как примера интеграции психоанализа в психиатрию с позиций биопсихосоциальной парадигмы, мультидисциплинарного и системного подходов. Отражены основные положения Немецкой академии психоанализа и Берлинской школы динамической психиатрии в отношении понятия «групповой динамики» в школе Günter Ammon. Рассмотрена функция междисциплинарности применительно к задачам динамической психиатрии. Описаны основные положения концепций «группы» и «идентичности» как центральных концепций динамической психиатрии, приведена интерпретация основных концептуальных терминов и понятий («групповая динамика», «социальная энергия», «социально-энергетический обмен»). Приведены принципы и критерии конструктивно протекающего мультидисциплинарного сотрудничества.

Подробно описаны принципы и содержание деятельности Клиники динамической психиатрии «Ментершвайге» (г. Мюнхен, Федеративная Республика Германия) как мультипрофессионального лечебного учреждения.

Ключевые слова: динамическая психиатрия, групповая динамика, Гюнтер Аммон, Немецкая академия психоанализа, Клиника динамической психиатрии «Ментершвайге».

1. Введение

Динамическая психиатрия является ярким примером интеграции психоаналитической науки и терапии в психиатрию и поэтому уже изначально представляет собой междисциплинарную науку. Исходя из представления о человеке как едином целом, охватывающем его биологические, психические, душевные, социальные и культурные аспекты, Гюнтер Аммон (Günter Ammon) расширил разработанный Зигмундом Фрейдом (Sigmund Freud) психодинамический подход к рассмотрению души, добавив к нему групповую динамику, т. е. динамику отношений между индивидами и, в частности, бессознательную динамику. «Аналитическая групповая динамика» стала основополагающей наукой Берлинской школы динамической психиатрии (der Berliner

Schule der Dynamischen Psychiatrie) и Немецкой академией психоанализа (der Deutschen Akademie für Psychoanalyse), и в силу этого до сегодняшнего дня находит отражение во всех основополагающих концепциях, теориях и методах терапии. При этом G. Ammon «лишил власти» инстинкты, представляющие собой свойственные индивиду источники энергии, и, в определенном смысле, «заменял» их. В первую очередь он заменил фрейдовский «инстинкт разрушения» концепцией «конструктивной агрессии», определив ее как свойственную существу человека жизненную функцию. Кроме этого, «энергия либидо» была заменена «социальной энергией», концепция которой была разработана им позже (Ammon, 1979; 1982). Свою науку G. Ammon построил в форме «открытой системы», позволяющей объединить как междисциплинарные результаты и методы других школ, так и вне- и внутридисциплинарные результаты, полученные другими науками, занимающимися изучением человека (медициной, психологией, биологией, философией, антропологией, педагогикой, нейробиологией и др.).

¹ Научный перевод и научная редакция русскоязычного текста для настоящей публикации выполнены Т. Срединой (Клиника «Ментершвайге», г. Мюнхен, ФРГ) и М.А. Беребиным (Южно-Уральский государственный университет, г. Челябинск, РФ).

Критерием выбора результатов, полученных другими школами и дисциплинами, была и остается их «полезность» для понимания проблемы и ее терапевтической обработки. В качестве важнейшей «единицы интеграции методов» G. Ammon видит самого человека, стоящего в центре каждого исследования и терапии, и считает, что именно на него должны быть ориентированы все усилия (Ammon, 1982, с. 34). Человек не должен приспосабливаться к теории и методам лечения. Здесь прослеживаются тесные связи с личностно-ориентированным подходом (Mezzich, 2007; Mezzich, 2008) в психиатрии и человеко-ориентированным подходом (Musalek, 2001; 2007), сформировавшимися в более современной (по времени) психологии.

К обоснованию выбора внутри- и междисциплинарных результатов следует также добавить необходимость решения вопроса: какую «функцию» мультидисциплинарность и, соответственно, междисциплинарность должны выполнять для исходной дисциплины (в нашем случае – для динамической психиатрии). Должна ли эта функция заключаться в оценке выводов динамической психиатрии, то есть в их подтверждении или фальсификации; в их «дополнении», то есть в добавлении их; или в «выяснении», то есть в расширении понимания какого-либо явления? (Mertens, 1995).

При этом решающую роль играет предпочтение той иной формы взаимодействия или сотрудничества, то есть вид «состыковки» между собой внутри- и междисциплинарных результатов, с одной стороны, и выводов «исходной науки», с другой. Такая постановка вопроса имеет столь важное значение, что при проведении различия между концепциями «мультидисциплинарности» и «междисциплинарности» ей отводится роль решающего критерия.

2. «Мульти- или меж-дисциплинарность»?

Согласно немецкоязычной версии свободной мультязычной универсальной интернет-энциклопедии «Википедия», «мультидисциплинарность» определяется как «побочная обработка какого-либо научного вопроса или изучение объекта исследования учеными из разных, не связанных между собой областей науки. При этом между дисциплинами не происходит никакого значимого методического, терминологического или концептуального обмена»².

² В русскоязычной версии этой интернет-энциклопедии мультидисциплинарность рассмат-

Кроме того, в Википедии указывается, что, в отличие от «междисциплинарности», для достижения синтеза «не создается никакой единой рамочной структуры и не проводится никакой обработки совместных решений...», а синтез осуществляется лишь «путем добавления, путем объединения результатов, полученных в каждом конкретном случае». Таким образом, с точки зрения Википедии содержание термин «мультидисциплинарность» отражает представление как о «самой слабой форме сотрудничества при осуществлении междисциплинарной работы».

В нашем понимании науки отдельные дисциплины находятся по отношению к друг другу во взаимоотношающей себя динамике, поэтому следует с большим убеждением исходить из понимания «междисциплинарности» скорее как «взаимодействия», чем как «сосуществования».

3. Цель

По нашему мнению, цель сегодня заключается в том, чтобы на основе структурно-динамической модели идентичности и группы предложить для «междисциплинарности» определенную «рамочную структуру», применимую как в теории, так и в практике нашей науки, независимо от того, на каком уровне будут происходить междисциплинарные процессы.

Такая «рамочная структура» служит базисом для создания конструктивных междисциплинарных связей и сотрудничества специалистов разных сфер. В качестве примера для обсуждения возможности сотрудничества

ривается как одно из значений понятия «трансдисциплинарность», и определяется как «принцип организации научного знания», открывающий широкие возможности взаимодействия многих дисциплин при решении комплексных проблем природы и общества (см. <http://ru.wikipedia.org/wiki/Трансдисциплинарность>). В зависимости от того, в каком количестве и в каком сочетании используются те или иные дисциплины, трансдисциплинарность называется «мультидисциплинарность» («multidisciplinarity»), «плюродисциплинарность» («pluridisciplinarity»), «интердисциплинарность» («interdisciplinarity»). Отметим, что и в соответствующей немецкоязычной словарной статье Wikipedia (см. <http://de.wikipedia.org/wiki/Multidisziplinarität>) два термина, обозначающие это понятие («Multidisziplinarität» и «Pluridisziplinarität»), приводятся в качестве синонимов, а два других («Interdisziplinarität» и «Transdisziplinarität») – указываются в качестве семантически сходных для поиска. Прим. научных переводчиков-редакторов.

специалистов на практике можно представить материалы наблюдения за группой, выполненные в мюнхенской клинике динамической психиатрии «Ментершвайге» (Dynamisch-Psychiatrische Klinik MenterSchwaige, München).

4. Психодинамические группы, понимание идентичности и развития

Центральными конструктами динамической психиатрии являются концепции «группы» и «идентичности», которые неразрывно связаны между собой (Burbiel, Bott, Finke, 1982). Такая их взаимосвязанность создает основополагающие предпосылки и возможности для развития человека и его креативности. Развитие идентичности индивида определяется процессом «впитывания в себя», то есть интериоризации внешней, сознательно и бессознательно развивающейся групповой динамики, в которой человек рождается и живет.

Психодинамика становится интериоризированной «познанной групповой динамикой» в том случае, когда внешние межчеловеческие отношения трансформируются во внутриспсихическую структуру личности или идентичности. При этом в качестве «трансформатора» между внутренним и внешним выступает принцип энергии («социальная энергия»). Именно «социальная энергия» ведет к внутриспсихическому формированию, расширению и изменению структуры идентичности, происходящих в результате таких процессов обмена между внутренним и внешним.

В таком понимании структуру идентичности можно рассматривать как «манифестированную социальную энергию». И, наоборот, в результате возникающих в группе контактов структура развивает энергию и дает толчок процессам динамики и регуляции в коммуникации между людьми. Таким образом, каждый член группы со своей особой идентичностью вносит свой вклад в постоянно меняющееся социально-энергетическое качество группы, в ее атмосферу, динамику и идентичность. По мнению G. Ammon, человек развивает свою идентичность вместе с группой. Человек интегрируется в контекст группы, а благодаря идентичности он выделяется из нее. Таким образом, группа означает «связь» людей друг с другом и вступление в определенные отношения. Группа изменяется в процессе объединения в единую структуру, то есть в определенную развивающуюся систему взаимоотношений.

В разных науках данный феномен обозначается в качестве «сетей». Так, в «группоанализе» S.H. Foulkes (Foulkes, 1964) с уче-

том бессознательных процессов этот феномен рассматривается в качестве «группового матрикса», у G. Ammon, с учетом бессознательного процесса обмена энергией как внутри группы, так и между группами, – в качестве «полей групповой динамики и социальной энергии» (Ammon, 1976; 1983). В настоящее время становится ясным, что с метатеоретической точки зрения рассматриваемые теоретические положения могут быть сформулированы системно, исходя из понимания системы как «структурированной целостности», элементы которой расположены в определенном порядке по отношению друг к другу (то есть связаны между собой), и между которыми протекают процессы обмена, причем «состояние каждого элемента определяется состоянием другого элемента» (Müller, 1993; Burbiel, Dworschak, Schmolke, 1994).

«Идентичность» соотносится с принципом «дифференциации» (а именно дифференциации в условиях «объединенности»), и становится возможной только в «единстве» с другими индивидами.

Понятие «идентичности», так же, как понятие «группы», представляется возможным сформулировать системно, а именно как систему биопсихосоциальных сознательных, предсознательных и бессознательных функций, которые могут быть отнесены к трем подсистемам. Ограниченность формата научной статьи, к сожалению, не позволяет более подробно остановиться на системно-теоретическом подходе применительно к обсуждаемому предмету, однако основные его принципы описаны в специальной литературе.

5. «Рамочная структура»

для концепции междисциплинарности в динамической психиатрии

Основополагающие принципы «объединенности» и «дифференциации» как процессов развития идентичности и группы свойственны как теории, так и практике динамической психиатрии. Поэтому системная форма отображения структур и динамических процессов представляется удобной для разработки концепции «рамочной структуры» и позволяет интерпретировать «междисциплинарность» с точки зрения динамической психиатрии.

«Создавать что-то совместно – это, в конце концов, основная форма любой деятельности человека... Основная предпосылка реализации любых намерений заключается в достижении взаимопонимания относительно со-

вместных целей, путей и дальнейших шагов.» (Meуer-Abich, 2010, с. 9).

Если трактовать «совместное» в понимании К.М. Меуер-Абих как междисциплинарное взаимодействие и сотрудничество, то его можно интерпретировать как открытую целую систему, элементы которой или, лучше сказать, подсистемы (школы, методы, дисциплины, профессии, отделения терапии и т. п.) находятся во взаимодействии друг с другом. При этом важное значение имеет вид отношений, определяемый специфической функцией целостной междисциплинарной системы. Следует добавить, что подсистемы в свою очередь, также работают системно.

6. Критерии конструктивных систем

Считается, что в мультидисциплинарных полях или, лучше сказать, мультидисциплинарных «пространствах» могут формироваться чрезвычайно сложные структуры, динамики и процессы. «Работа по достижению взаимопонимания», в ходе которой индивиды «ближе знакомятся» друг с другом, может иметь более или менее хороший результат и зависит от множества факторов, находящихся во взаимозависимости (Meуer-Abich, 2010, с. 11).

О живой, конструктивно построенной системе можно говорить в том случае, когда отдельные подсистемы целой системы готовы вступить в совместный «процесс достижения взаимопонимания» на следующих основаниях:

1. Наличие объединяющей их цели и функции их сотрудничества.

2. Наличие вышестоящей теории («метатеории») и, соответственно, представления о предмете их совместного труда (в нашем случае – о пациенте). В качестве такой интегративной «метатеории» могла бы служить биопсихосоциальная модель (БПС-модель). Однако по различным причинам до сих пор не удалось в достаточной степени сделать БПС-модель основой для всех научных усилий, направленных на благо человека. В публикациях последних лет отмечается, что основная тенденция развития в области психиатрии связана с первично биологической ориентацией (так называемое десятилетие мозга, десятилетие расшифровки генома), наблюдающейся одновременно с маргинализацией социально-психиатрического подхода, проявляющегося отчасти потерей социального аспекта биопсихосоциальной парадигмы, что привело к «медиализации» психотерапии и переходу к концепциям «специфичности нарушения» и «дозированных» методов лечения, тем

самым (Meуer-Abich, 2010, с. 20). В то же время все больше публикуется результатов исследований, подтверждающими справедливость БПС-модели. В отчете Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) 2010 года подводится итог некоторых исследований по взаимной детерминации интегративных уровней БПС-моделей и их влиянию на здоровье.

3. Вид, способ и форма взаимодействия, и, соответственно, организационная структура сотрудничества подсистем друг с другом в зависимости от их функции.

4. Создание структуры коммуникации.

5. Особое внимание «пунктам пересечения» – связующим пунктам или пространствам соприкосновений различных подсистем между собой.

6. Объединение координирующих, регулирующих и, в первую очередь, интегрирующих систем в единую систему. Такие системы должны обеспечивать максимальную эффективность междисциплинарного взаимодействия и способствовать преодолению возникающих в его процессе блокад и конфликтов. При этом как групповые подсистемы, так и целая система требуют руководства со стороны одной «центральной» фигуры (в понимании Redl, 1942) или ведущей или координирующей группы. Руководитель стоит на границе группы между внутренним и внешним. Внутри группы он – «...возможно, самая важная переменная, потому что (он) определяет доминирующий уровень и дух группы» (Foulkes, 1983). При взаимодействии с внешней средой он должен выполнять желания и ожидания других подсистем.

Перечисленные выше предпосылки успешного конструктивного сотрудничества достаточно сложны. Случаи неудачной мультидисциплинарной работы могли быть предотвращены, если бы большее внимание уделялось фазе планирования проекта, а именно подготовительной работе «по достижению взаимопонимания».

В целом, между подсистемами следует находить, с одной стороны, столько общего и связывающего их между собой, сколько возможно, и, с другой стороны, столько различий, сколько необходимо. В ходе междисциплинарного процесса следует включать в него и учитывать следующее:

1) специфическую идентичность подсистем группы, их состав, персоналии, видение членами группы самих себя и других;

2) личностные, социальные, культурные и профессиональные качества членов группы;

3) различные проекции, в которых воспринимается объект своего труда;

4) методы, используемые для достижения своей цели;

5) способы интегрирования полученного результата в единую систему;

6) возможности и границы их познания.

Между живыми междисциплинарными системами непрерывно происходит взаимодействие, протекающий как внутри группы, так и с внешней средой («социально-энергетический обмен»), приводящий к постоянному изменению живых систем. При этом, по мнению G. Ammon, развитие продолжается на границах соприкасающихся друг с другом систем, то есть на границах их идентичности. Увенчаются ли такие соприкосновения успехом, несколькими факторами, прежде всего – социально-энергетическим качеством или контактностью подсистем.

Характер социально-энергетических процессов обмена может быть более или менее конструктивным, способствующим развитию и, соответственно, изменениям; деструктивным, то есть сдерживающим развитие; либо дефицитным, то есть не имеющим развития. При этом границы между отдельными характеристиками социально-энергетических процессов обмена «расплывчатые». При более конструктивно протекающем мультидисциплинарном сотрудничестве подсистемы коммуницируют между собой, и между ними такой обмен происходит более активно и конструктивно. В то же время системы не «растворяются» друг в друге, а благодаря своей специфической индивидуальности вновь и вновь отграничиваются друг от друга, что позволяет воспринимать и интегрировать получаемую информацию.

Таким образом, важной является способность подсистем к гибкому открытию и закрытию своих границ и, тем самым, регулирование коммуникации и процессов социально-энергетического обмена. Как следствие, происходит изменение подсистем и, соответственно, целой системы. В целом, конструктивная междисциплинарность характеризуется наличием следующих элементов: взаимосвязанности, гибкости, регулирования, коммуникационного и энергетического обмена, интеграции и дифференциации.

В ходе сотрудничества могут возникать конфликты, кризисы и пограничные ситуации, ведущие к сопротивлению развитию и его задержке. Конструктивным системам удается преодолевать препятствия, и, тем самым, выходить из кризисов измененными.

Деструктивные системы отличаются прерванностью связи, неподвижностью, дисрегуляцией, заторможенной коммуникацией и социально-энергетическим обменом, а также деструктивной, то есть отщепленной интеграцией и дифференциацией. Наличие таких характеристик позволяет определить их как «закрытые системы».

Решающим фактором для каждого конструктивного взаимодействия, по мнению G. Hüther, W. Roth & M. von Brück (2009), является его «смысл». В монографии «Чтобы мышление приобрело смысл» такой вывод обоснован с междисциплинарной специфической научной точки зрения авторов. Их позиция очень приближена к поиску «смысла» во всех усилиях, прилагаемых на основе понимания человека и идентичности в рамках подходов динамической психиатрии: «Все сплетено друг с другом. Наше аналитическое мышление при всем достигнутом прогрессе ужасающим образом демонстрирует свою ограниченность, и нам придется приложить большие усилия для того, чтобы собрать призраки в общий горизонт смысла, который может стать основой для действий в глобальном мире» (Hüther, Roth & Brück, 2013, s. 7–8). Например, в антропологических науках целостный взгляд на большого человека (что также является целью БПС-модели) освобождает его от умаления до «носителя болезни» и возвращает ему его многогранность и, тем самым, достоинство.

Представленная выше спроектированная и сложная модель мультидисциплинарности может рассматриваться либо как основа для размышлений, как направляющая идея или же как утопия, которую нужно вновь и вновь реализовывать заново, а не как мера, требующую конкретного внедрения в жизнь. Она может служить рамочной моделью или ориентирующими рамками для анализа нарушений мульти- и междисциплинарных процессов, а также связанных с этим необходимых вмешательств. Утопии скорее открывают пространство для мышления и действий, являются дверью в будущее, создают возможности для развития и призывают к креативности.

7. Клиника динамической психиатрии «Ментершвайге» как мультипрофессиональное лечебное учреждение

В мультидисциплинарных областях, как уже отмечалось выше, могут возникать необычайно сложные структуры, динамика и

процессы. В качестве примера можно привести Клинику динамической психиатрии «Ментершвайге» в Мюнхене (Федеративная Республика Германия). Деятельность этой Клиники построена по концепции ориентированного на целостность подхода к лечению, а сама Клиника может рассматриваться как мультипрофессиональная, мультирежимная и многоплановая лечебная среда, структурированная за счет групповой динамики и социальной энергетике, а также как место развития, где множество бессознательных и сознательных групповых динамик перерастают в одновременные и сосуществующие процессы, сливающиеся в динамику большой группы.

Подсистемами в Клинике «Ментершвайге» являются различные формальные и неформальные группы пациентов и сотрудников, с присущими каждой из них специфическими функциями – например, разнообразные психотерапевтические группы.

Методический инструментарий деятельности Клиники основан на принципах аналитической групповой динамики и их методологического применения (Ammon, 1979).

Совместная работа персонала организуется и происходит на нескольких междисциплинарных уровнях структуры, динамики и процессов: руководство клиники; руководящая группа; группы врачей, психологов, психотерапевтов; персонала по уходу и бытовых терапевтов; коллектив врачей внутренней медицины и интегративный мультипрофессиональный коллектив; обход пациентов под руководством главного врача; контрольная группа; передача пациента от одной смены к другой; супервизоры коллективов и другие. При этом Клиника имеет необходимую инфраструктуру – администрацию, хозяйственную часть и др.

7.1. Групповые динамические и социально-энергетические пространства отношений

Поскольку динамическая психиатрическая терапия в основном преследует цель открытия пациентам пути к выздоровлению с помощью эмоционально-корректирующего и нового опыта отношений, то становится понятным, что клиника как целая система, а также ее групповые подсистемы должны быть структурированы и динамизированы как максимально конструктивные пространства отношений. Потому ежедневной задачей руководящей группы Клиники и коллектива является рефлексия и регулирование сознательной

и, прежде всего, бессознательной групповой динамики, возникающей как внутри одной группы, так и между различными группами, а также динамику большой группы.

Очевидно, что такая работа над групповой динамикой играет жизненно важную роль в работе Клиники. Возникает необходимость постоянно работать над идентичностью целых групп, чтобы могли быть запущены конструктивные процессы их самовосстановления. В качестве частных задач можно назвать необходимость нейтрализации динамики фигур типа «козла отпущения»; избавления от жестких ролевых взаимоотношений и преобразования их в вариативные роли; интегрирования отколовшихся подгрупп; более интенсивная работа над границами с целью увеличения их гибкости; необходимость учиться коллективной солидарности и общей ответственности и т. п.

Из-за существенного экономического и временного давления, которое (по крайней мере, в Германии) часто тяготеет над клиниками, при постоянно растущих требованиях к менеджменту качества иногда непросто организовать групповую динамическую и социально-энергетическую среду Клиники как конструктивное пространство для общения.

7.2. «Пространства ментализации»

Большому человеку, как правило, чужд контакт с самим собой, со своим подсознанием, со своими потребностями в идентичности, чужд контакт с другими людьми, окружающим миром, своей историей, культурой и природой. Целью лечения, если рассматривать ее в этом аспекте, является восстановление потерянного отношения пациента к себе и окружающим с помощью психотерапевтической работы над построением связей и дифференцированием их на разных уровнях его личности и, тем самым, повторное открытие для него «дающих смысл» жизненных перспектив.

Одно из терапевтических направлений работы Клиники связано с восстановлением нарушенной у пациентов «способности к ментализации», рассматриваемой в рамках представлений Р. Fonagy как нарушение способности индивида «понимать ментальные состояния как выражения поведения, в себе и других» и «интерпретировать поведение человека в категориях интенциональных ментальных состояний» (Fonagy, 2005, р. 3-4). При таком рассмотрении ментализация составляет основу каждой психотерапии, и, с этой точки зрения, Клинику «Ментершвайге» можно определить

как многопланово структурированное и динамизированное «пространство ментализации».

В настоящее время М. Сперри (2013) расширила концепт ментализации, добавив в него «интерсубъективный» компонент, и описала способность к ментализации как зависящую от пространства отношений в настоящем и, тем самым, как переменную величину. По ее мнению, ментализация «постоянно формируется контекстом отношений. На нее влияет динамическое взаимодействие между способностью индивида и способностями других членов мира отношений этого индивида» (Sperry, 2013). Соответственно, «терапевтам ... следует самим ментализировать, чтобы поддерживать и развивать ментализацию своих пациентов» (Schultz-Venrath, 2013, s. 351). «Для клиник, но также и для любых организаций развитие и поддержание ментализации у сотрудниц и сотрудников является важным условием функциональной совместной работы в лечебном коллективе» (Schultz-Venrath, s. 21). Сперри еще ближе подошла к пониманию «внутрипсихического пространства отношений», которое каждый индивид, а также каждая группа создает в течение своей истории отношений путем социально-энергетических обменных процессов. Считается, что чем конструктивнее устроено это «внутрипсихическое пространство отношений» или «пространство группы», тем «устойчивее» является индивид или группа в смысле бионической способности «контейнирования» (Bion, 1963). С этой точки зрения, задача руководства Клиники – поддерживать и развивать устойчивость и способность к ментализации групп ее сотрудников.

7.3. Процессы саморефлексии и чужой рефлексии

Такого рода поддержка и развитие ментализации у сотрудников Клиники в основном происходит за счет процессов саморефлексии и чужой рефлексии в «мультипрофессиональном сосуществовании» руководства Клиники и руководящей группы, контрольной группы коллектива, супервизора коллектива, а также во всех унипрофессиональных супервизорских мероприятиях. Цель подобных мероприятий – рефлексировать сознательно и, прежде всего, бессознательно протекающие коммуникационные процессы на разных уровнях, чтобы они не развили глубинную динамику и, как следствие, различные нарушения процесса.

В контрольных группах, встречающихся два раза в неделю, все сотрудники, участвующие в лечении пациентов или группы пациентов, стараются в контексте динамической психиатрической модели личности и подхода к лечению составить себе представление о состоянии и процессе развития пациента, супервизором которого они являются. Для того, чтобы такое внутреннее «установление отношения к другому» (в данном случае – к пациенту) было успешным, представители различных профессий стараются совместно найти общий подход к пациенту – каждый со своей позиции и своего видения перспективы.

За счет образующихся при этом «динамик отражения» в контрольной группе неосознанно возникают динамики отношений, с помощью процессов чужой рефлексии (рефлексии других лиц) улучшающие психодинамическое и групповое динамическое понимание пациентов. Из этого, в свою очередь, делаются выводы о коррекции и дальнейшем ходе лечения. Одновременно результаты, полученные в разных терапевтических группах по каждому из пациентов, сравниваются, обсуждаются и интегрируются в представление о нем.

На «стыках», или в пространствах отношений между пациентом и сотрудником, учитываются не только «участие и динамика» пациентов, но и «участие и динамика» сотрудников, которые могут сказываться как в пользу совместной деятельности, так и вызывать помехи в динамике отношений, и, в частности, в работе с пациентами. Таким образом, «рефлексия, направленная на другого» (то есть, на пациента) должна дополняться «саморефлексией» членов коллектива.

Такого рода процессы саморефлексии, происходящие на супервизорских мероприятиях в коллективе, направлены на осознание сотрудниками деструктивных и неполноценных элементов своего участия, на их выражение и рефлексию. Сюда же относятся собственные негативные чувства (к примеру, грусть, гнев, страх и т. д.); собственные деструктивные и неполноценно развитые качества; недостаточные способности; социальная некомпетентность; проблемы с разграничением; перенесение своих чувств на пациентов; закрепившиеся манифестации контрпереноса и проективная идентификация; играющие роль «триггера» травмирующие переживания сотрудников из их собственной истории жизни, а также личные и межпрофессиональные конфликты; соперничество, ревность и за-

висть внутри коллектива. За счет того, что коллектив в целом и его члены готовы идентифицировать такое участие как «свое», возникает принятие на себя «ответственности» за свою динамику. Тем самым вносится свой вклад в то, что пациент или группа пациентов не становятся вынужденными нести на себе участие или динамику коллектива либо выплескивать эмоции. Интерсубъективная дистанция и границы между сотрудниками и пациентами восстанавливаются с целью улучшения контактности, способности к ментализации и устойчивости сотрудников. Ниже приводится пример из проведенного автором статьи супервизорского мероприятия в коллективе Клиники «Ментершвайге».

7.4. Пример из супервизорского мероприятия в коллективе

В начале августа 2013 года коллектив Клиники «Ментершвайге» (психиатры, врачи, психотерапевты, работающие в парадигмах вербальной и экспрессивной психотерапий, психологи, социальные работники, бытовые терапевты, сотрудники администрации и кухни и др.) встречается на супервизорском мероприятии под моим руководством. В последние месяцы коллективу пришлось расстаться с некоторыми старшими по возрасту сотрудниками, место которых заняли новые сотрудники. Главный врач и некоторые сотрудники находились в отпуске. Кроме того, пришлось расстаться с одной из ведущих бытовых терапевтов в связи с ее переездом.

Помещение медленно наполняется сотрудниками. В нем распространяется «свинцовая тяжесть» – молчание. Последним в помещение входит ведущий старший врач, и коллектив предлагает ему занять свободное место справа от супервизора, которая в шутку хватаясь за эту «акцию», говорит о вымышленном браке между собой и старшим врачом. Каков может быть мотив такого поступка? В фантазиях сотрудников проявляются: а) желание сильного центрального руководства клиникой в связи с потерявшим уверенность и ослабленным коллективом и б) одновременно вопрос о доверии старшему врачу («хорошо ли он справится без главного врача с управлением Клиникой в предстоящее время?»). Такое положение было проинтерпретировано как «желание создать пару» (в терминологии W. Bion) в модифицированном виде, как потребность коллектива в сильной паре родителей из страха перед возможным прова-

лом. После такой интерпретации невысказанное напряжение группы спадает, и она теперь может посвятить себя прощанию с ценной сотрудницей – бытовым терапевтом: выражаются чувства грусти, гнева от расставания, страх потерять идентичность или потерпеть неудачу, но также и чувства бессилия и пессимизма относительно того, что сотрудница все-таки покидает их, несмотря на все выраженные чувства.

Супервизор, работая антирегрессивно, интерпретирует ситуацию следующим образом: если присутствуют чувства бессилия и пессимизма, то это означает, что коллектив движется скорее в режиме групповой динамики раннего детства, который мешает ему осознать свою компетентность. Проводится работа с ориентацией на ресурсы над разнообразием опыта коллектива. На это антирегрессивное установление границ коллектив реагирует позитивно и постепенно открывается. Как и следовало ожидать, начинают высказываться и новые члены коллектива, жалуются на то, что опытные сотрудники мало им помогают и что они предоставлены сами себе. Коллектив, с одной стороны, реагирует посредством стратегий самозащиты и чувства вины, а с другой – посредством поддержки. В ходе собрания конфликт был решен, а жалующиеся сотрудники – интегрированы.

Описанное собрание коллектива – пример того, как страх и сильная эмоциональная нагрузка могут побуждать регрессивные процессы в коллективе. Эти процессы, в свою очередь, уменьшают «внутрипсихическое пространство» коллектива Клиники и, тем самым, его устойчивость. Если доли участия отдельных участников встроить в контекст отношений группы коллектива, то эти участники за счет саморефлексии смогут вернуться в рамки своей идентичности и тем самым смогут не переходить границу интерсубъективного «слияния отношений» с пациентом.

«Для перехода от отыгрывания к процессу ментализации требуется, чтобы (группа) ... самоорганизовалась и развила взаимодействующие модели, делающие возможной и поддерживающие общую рефлексию о процессе своих отношений» (Sperry, 2013, s. 691). Образно говоря, можно считать, что все сидят в одной лодке: разработанное на супервизорских мероприятиях саморефлексирующее «существование» и есть, собственно, та мультипрофессиональная «работа по дости-

жению взаимопонимания», устраняющая профессиональные границы и барьеры.

Общая «работа по достижению взаимопонимания и дифференцированию» между пациентами и сотрудниками изменяет всех, кто участвует в этих процессах, и существенно помогает Клинике как целостной системе снова и снова становиться креативным пространством, в котором реальны изменения. Следует понимать междисциплинарные усилия любого вида как креативные процессы, которые, как и другие креативные процессы, зачастую упираются в собственные границы. Столкновение с такими границами, в свою очередь, побуждает их переходить и создавать новое. Лишь в этом случае междисциплинарность может стать реальностью и становиться ею снова и снова.

Литература/References

1. Ammon G. Analytische Gruppendynamik. Hamburg: Hoffmann, Campe, 1976.
2. Ammon G. (Hrsg.). Handbuch der Dynamischen Psychiatrie I. Ernst-Reinhardt, München, 1979.
3. Ammon G. (Hrsg.) Handbuch der Dynamischen Psychiatrie II. Ernst-Reinhardt, München, 1982.
4. Ammon G. Das Prinzip der Sozialenergie im holistischen Denken der Dynamischen Psychiatrie. Dyn. Psychiat., 1983, 16, s. 169–184.
5. Bion W.R. (1963). Elements of Psychoanalysis, London: William Heinemann. [Reprinted London: Karnac Books]. Reprinted in Seven Servants (1977).
6. Burbiel I., Bott Ch., Finke G. Wissenschaftstheoretische Grundlagen und Forschungsmethodik der Dynamischen Psychiatrie In: G. Ammon (Hrsg.): Hdb. Dynam. Psychiat; Bd. 2, 1982, s. 531–573. München, Basel: Reihardt.
7. Burbiel I., Dworschak M., Schmolke M. Grundzüge Dynamisch-Psychiatrischer Diagnostik . In: Dynamische Psychiatrie, 1994, 27, Heft 3/4, s. 187–201.
8. Burbiel I. Das Menschenbild der Dynamischen Psychiatrie als ethisches Prinzip der humanstrukturologischen Wissenschaft und Forschung. In: Dynamische Psychiatrie 31 (1998), Heft 3/4.
9. Fonagy P., Roth A. & Higgitt A. Psychodynamic psychotherapies: Evidence-based practice and clinical wisdom. Bulletin of the Menninger Clinic, 69, 1, 2005, pp. 3–4.
10. Foulkes S.H. Therapeutic Group Analysis. Georg Allen and Unwin, London, 1964.
11. Foulkes S.H. Introduction to Group-Analytic Psychotherapy: Studies in the Social Integration of Individuals and Groups, 1983. Maresfield Reprints.
12. Hüther G. Die biologischen Grundlagen der Spiritualität. In: Roth, W., von Brück, M.: Damit das Denken Sinn bekommt. 2009. Herder Verlag Freiburg im Breisgau.
13. Mertens W. (Hrsg) Schlisselbegriffe der Psychoanalyse/ Verlag Internationale Psychoanalyse J.G.Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH Stuttgart, 1995.
14. Meyer-Abich K-M. Was es bedeutet, gesund zu sein: Philosophie der Medizin. München: Carl Hanser-Verlag, GmbH & Co., 2010, 640 s.
15. Mezzich J.E. (2007). Psychiatry for the Person: articulating medicine's science and humanism. World Psychiatry, 6, 1–3.
16. Mezzich J.E., Salloum I.M. (2008). Clinical complexity and person-centered integrative diagnosis. World Psychiatry, 7(1), 1–2.
17. Musalek M. Weg vom Schubladen-denken in der Psychiatrie. Kontakt 24 (1), 2001: 3–15.
18. Musalek M. Die heutige Psychiatrie zwischen Skylla und Charybdis, Editorial Spectrum Psychiatrie 2007: 3.
19. Müller B. Bernfelds Beitrag zur Psychoanalytischen Pädagogik: Multidisziplinär – nicht unsystematisch. In: Jahrbuch für Psychoanalytische Pädagogik 5 (1993), s. 114–123.
20. Redl F. Types of group formation, group emotion and leadership. Psychiatry, vol. V, 1942, no. 4.
21. Sperry M. Putting our Heads Together: Mentalizing Systems Psychoanalytic Dialogues: The International Journal of Relational Perspectives Volume 23, Issue 6, 2013, pp. 683–699.
22. Schultz-Venrath U. Lehrbuch Mentalisieren. Psychotherapien wirksam gestalten. Nachfolger GmbH, gegr. 1659, Stuttgart, 2013.

Илзе Бурбиель, профессор, доктор философии, доктор медицинских наук (РФ), психолог-психотерапевт, психоаналитик, групповой психотерапевт, супервизор и обучающий тренинг-аналитик, Немецкая академия психоанализа; Немецкое общество групповой динамики и групповой психотерапии; супервизор, тренинг-терапевт Баварского отделения психологов-психотерапевтов и детских, юношеских психотерапевтов, Директор по науке и психологической работе, Мюнхенский институт Немецкой академии психоанализа, i.burbiel@psychoanalysebayern.de

Поступила в редакцию 31 мая 2014 г.

Bulletin of the South Ural State University
Series "Psychology"
2014, vol. 7, no. 3, pp. 55–64

"MULTIDISCIPLINARY" IN TERMS OF DYNAMIC PSYCHIATRY AS A FORM OF PSYCHOANALYTIC INTEGRATION OF SCIENCE AND THERAPY IN PSYCHIATRY

I. Burbiel, Munich Institute of the German Academy of Psychoanalysis, Munich, Federal Republic of Germany, i.burbiel@psychoanalysebayern.de

Represented review demonstrates the fundamental tenets of dynamic psychiatry as an example of integration psychoanalysis into psychiatry from the standpoint of biopsychosocial paradigm, multidisciplinary and systematic approach.

The basic tenets of the German Academy of Psychoanalysis and the Berlin School of dynamic psychiatry in relation to the concept of "group dynamics" in the school Günter Ammon are represented. The function of interdisciplinary is considered applied to problems of dynamic psychiatry. The basic tenets of concepts of "group" and "identity" are described as a central concept of dynamic psychiatry. The review shows the interpretation of the basic concepts of terms and concepts ("group dynamics", "social energy", "social energy exchange"). The principles and criteria for constructive multidisciplinary cooperation are given.

The principles and content of the Clinic of dynamic psychiatry "Menterschwaige" (as multi-professional medical institution) are described.

Keywords: dynamic psychiatry; group dynamics; Günter Ammon; German Academy of Psychoanalysis; Clinic of dynamic psychiatry "Menterschwaige".

Ilse Burbiel, Dipl.-Psych., Prof., Dr. phil., Dr. h.c. Psychologische Psychotherapeutin, Psychoanalytikerin, Gruppenpsychotherapeutin, Lehr- und Kontrollanalytikerin Deutschen Akademie für Psychoanalyse, Deutsche Gesellschaft für Gruppendynamik und Gruppenpsychotherapie e. V. (DAP, DGG), Lehrtherapeutin / Supervisorin (BÄK, PTK-Bayern).

Wissenschaftliche und psychologische Leiterin des Münchner Instituts der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP), i.burbiel@psychoanalysebayern.de

Ilse Burbiel, Dipl.-Psych. Prof. Dr. phil. Dr. h.c., Psychological Psychotherapist, Psychoanalyst, Munich Institute of the German Academy of Psychoanalysis, i.burbiel@psychoanalysebayern.de

Received 31 May 2014