

УДК 616.89

**О. С. Чабан**

**ОПАСНОСТИ ПСИХОТЕРАПИИ ДЛЯ ПСИХОТЕРАПЕВТА**

Украинский НИИ социальной и судебной психиатрии и наркологии МОЗ Украины, г. Киев

**Ключевые слова:** психотерапия, личность психотерапевта, опасность профессии психотерапевта.

Если согласится с идеей Антони Кемпински, что психотерапия это не лечение души, как считается общепринято, а лечение душой, с чем я полностью согласен, то речь в этой статье пойдет конечно же о той самой душе психотерапевта и его теле, соответственно, и опасностях, которые их ждут на увлекательных альтруистических, или альтруистеподобных виражах взаимодействия с душами пациентов, называемой психотерапией.

Начнем с того, что в принципе я этими рассуждениями возвращаюсь к понятию унификации психотерапии

и главному постулату Карла Густава Юнга о том, что личность психотерапевта – лучшая формула самой психотерапии.

Не буду дискутировать на тему души психотерапевта. Дело темное и непонятное как и собственно вообще понимание души. Давайте поговорим о тех ловушках и капканах, которые выставляет жизнь для самих психотерапевтов в силу их благородной и элитной профессии.

Начнем с казалось бы простой и понятной мысли, а именно, об эффективном психотерапевте или точнее

эффективной психотерапии. Надеюсь вы не объединили эти два термина?

Итак что в реальности работает в любой психотерапии?

Изучение психотерапии ставит перед собой две основные задачи: во-первых, поиск эмпирического обоснования психологических методов лечения, т. е. выяснение, что является полезным, для кого, при каких обстоятельствах; во-вторых, описание и постижение механизмов изменений, т. е. как психотерапия в целом и различные ее разновидности в частности достигают позитивного эффекта. Разумеется, обе эти задачи взаимосвязаны: осуществление первой зависит от достижений в решении второй. Понимание механизмов психотерапии требует также и объяснения того, каким образом соотносятся терапевтические транзакции между пациентом и терапевтом с реальными изменениями в жизни пациента вне приемной психотерапевта.

У. Стайлз, Д. Шапиро и Р. Эллиот описали так называемый «парадокс эквивалентности», приблизительно равнозначной эффективности лечений, в которых складываются, по всей видимости, существенно различающиеся отношения между пациентом и психотерапевтом. До тех пор, пока этот парадокс не будет разрешен, понимание механизмов лечения останется весьма ограниченным.

В принципе речь идет о унифицирующих механизмах всех видов психотерапии и их нелинейном распространении на обоих участников терапии.

На мой взгляд (с учетом идей Михаэля Хайне, Левина и Ирвина Ялома) рабочим моментом этой унификации есть:

1. внутреннее решение пациента на терапию;
2. наличие трансфера и контртрансфера и их проработка;
3. кристаллизация проблемы пациента, в т. ч. с выходом на истинную проблему;
4. работа терапевта на опережение;
5. гуманизм, альтруизм в отношениях пациента и терапевта;
6. работа на фоне чувства защищенности пациента;
7. самостоятельность решений пациента;
8. осознания пациентом права на свою ошибку;
9. осознание изменений жизненной стратегии пациентом;
10. сообщение информации;
11. принадлежность для пациента к «его истинной» группе;
12. катарсис;
13. выход на социализирующие техники;
14. проработка экзистенциальных факторов;
15. безопасность проявления эмоций;
16. возможность вербализации эмоций;
17. конечное чувство удовольствия обоих.

Именно желание обоих (пациент, терапевт) стремиться к подобной унификации с неравноценным внесением в терапевтическое поле своего вклада, создает эффект от «парадокса эквивалентности», когда, чем бы

ни занимался терапевт и к какой бы то ни было школе он не принадлежал, он все равно поможет пациенту. Иногда даже к своему удивлению.

Казалось бы все понятно. Попробуйте возразить маститому Ялому. Но как раз здесь и начинают «расползаться» биологические и психологические понятия. Ведь, по сути, и терапевт, и пациент такие же биологические объекты как крысы или собаки или не менее социализированные гуси. И возникает еще один запрос на отношения между терапевтом и пациентом которые становятся жесткими, а вернее жестокими. Хотя бы так их считает пациент. Тогда опять обращаемся к идеям великих. Но теперь уже к Лоренцу.

Итак – жестокость. Все таки это одновременно и биологически детерминированное выявление психики и не менее социализировано самим понятием человек [7]. Допустимо ли жестокое отношение между пациентом и терапевтом? Первый испуганный ответ – ни в коем случае! Так что этого нет в процессе терапии? А как же фрустрация, перенос в виде, например, жестокого, «сухаря», безэмоционального отца? Или сверхопекающей матери, которую хочется убить? Мало кто будет оспаривать, что уже одно это можно отнести к фазе «жесточких отношений». Вопрос другой: что происходит и где все же побеждает альтруизм?

Следуя мысли маргинала от психотерапии Ирвин Ялом эти факторы являются рабочими. Другими словами психотерапевт который обеспечивает их есть эффективным. Согласен. Но как то становится подозрительно относительно этого самого уже похожего на Бога психотерапевта.

Не берусь на всех останавливаться. Давайте проанализируем хотя бы некоторые. Но с неожиданной позиции: а чем собственно это угрожает самому психотерапевту?

Опасность 1. Идеальный психотерапевт.

Понимая грандиозность вопроса который я поставил, попробую объяснить хотя бы на некоторых базальных понятиях. Например, альтруизме, термин который коучет из руководства в руководство по психотерапии.

Да, конечно групповая и не только групповая психотерапия может начать разрабатывать более позитивный взгляд на себя благодаря описанному Яломом (1970) лечебному фактору «альтруизм», в котором индивидуальное самоуважение возрастает благодаря осознанию возможности быть полезным для других членов группы, и «межличностному обучению», в котором коррекция «межличностных искажений» ведёт к более благоприятным реакциям от других и следовательно к более позитивному взгляду на себя [5].

Ну что же давайте задумаемся хотя бы о том факте, что альтруистическое поведение людей сильно зависит, например, от степени анонимности ситуации: любой намек на то, что за человеком кто-то наблюдает, повышает вероятность альтруистических поступков. Эксперименты, проведенные японскими психологами, показали, что этот эффект (по крайней мере в некоторых ситуациях) связан не со страхом наказания, а с надеждой на «награду», то есть на улучшение своей репутации.

Известен целый ряд механизмов, ведущих к развитию альтруистического поведения в ходе эволюции. Люди, однако, иногда совершают поступки, труднообъяснимые с позиций таких классических теорий, как родственный отбор (мы помогаем далеко не только родственникам), реципрокный, или взаимный, альтруизм (мы иногда совершаем добрые поступки по отношению к людям, которые заведомо не смогут нам отплатить той же монетой) или различные «модернизированные» версии теории группового отбора, такие как гипотеза о сопряженной эволюции парохимального альтруизма и войн. Некоторые альтруистические акты не приносят пользы ни генам жертвователя, ни группе, к которой он принадлежит. Типичный пример — пожертвования в фонд помощи голодающим детям какой-нибудь далекой страны. Могут ли быть у такого поведения эволюционные корни?

По-видимому, всё-таки могут. Специальные исследования показали, что в такой ситуации жертвователя, как ни странно, мало волнует, дойдет ли его пожертвование до адресата. Он не проявляет особого интереса к тому, насколько эффективно работает благотворительный фонд, в который он вносит деньги, и какая доля собранных средств уйдет на содержание самого фонда и накладные расходы. С другой стороны, жертвователь, как правило, хочет, чтобы о его поступке узнали окружающие — те, от чьего мнения зависит его социальный статус. А также особи противоположного пола, на которых он хотел бы произвести благоприятное впечатление.

Такой механизм мотивации альтруистических поступков называют непрямым реципрокностью. Выигрыш в данном случае достигается не за счет прямой отдачи по принципу «ты мне, я тебе», как при обычной реципрокности, а за счет демонстрации окружающим собственных качеств, ценимых особями противоположного пола и обществом в целом. В случае пожертвований, например, демонстрируются доброта, щедрость и материальная обеспеченность. [3]

Таким образом получается, что у психотерапевта в особенности молодого психотерапевта, который еще не успел набить себе психологические шишки на голове, появляется большой соблазн, а в моей терминологии еще первая ловушка — стремление к идеальности в своей профессии в силу того, что есть контролирующая сторона — свидетели той же альтруистичности — пациенты. Но вот в чем парадокс — чем больше психотерапевт будет походить на что то заоблачно правильное, чистое и сверхквалифицированное, тем более это уже «оно» будет становиться нежизненным, а значит неэффективным для пациента.

Толерантность и деморальность психотерапевта находится в конфликте его знаний и поведения с пациентом. Попробуйте сочетать вот это: нейрофизиология все более доходчиво объясняет нам, что человек совершает многие поступки помимо своей воли. Но по воле собственного мозга. Чем больше мы узнаем об устройстве собственного мозга, тем легче становится допустить, что ответственность за наши действия лежит на нем.

Постепенно эти знания начинают подтачивать основы одного из самых, казалось бы, устойчивых общественных институтов — системы морали, а отсюда правосудия. Не имеет значения какого: хоть институтов власти, хоть этических и менталитетных.

Купиться на просто голые знания, на биологизацию сложной психологических актов взаимодействия — это большая опасность для упрощенной биологически ориентированной психокоррекции. Идее будущей коррекции в виде чипования нового сознания и новой личности — вершина этой опасности.

Коснусь еще одной опасности, которая поджидает психотерапевта. Это постоянная работа на успех и возврат этого успеха со стороны пациента терапевту. Казалось бы, а в чем здесь подвох, опасность. Во-первых, я вообще только что смоделировал заведомо нежизненную ситуацию. Но меня интересует другое. И это другое уже из области нейрофизиологии.

Ученые-нейрофизиологи из США заявили о том, что позитивный опыт — достижение каких-либо побед — влечет за собой изменения структуры головного мозга, в результате чего человек имеет большую вероятность преуспеть в социальной жизни.

Такой «эффект победителя» действует в течение шести дней, в течение которого победитель вполне успеет утвердиться на «месте под солнцем». Кроме психологической уверенности в себе, действуют и физиологические процессы — происходит дополнительная выработка гормона тестостерона, который прибавляет готовности воевать за достижение желаемой цели. Тем временем, в головном мозге появляется больше рецепторов нейронных клеток, вследствие чего повышается чувствительность к действию гормонов.

В чем здесь проблема, спросите вы? Да в том, что психотерапевт как бы включается своими прямыми или косвенными интеракциями в систему создания положительного опыта. Это как раз беда молодых психотерапевтов — создавать положительный опыт для пациентов и получать обратно благодарности, что бы успешно перейти (психотерапевту) к опасности 4. Психотерапия — это моделирование амбивалентных ситуаций жизни, но в ситуации безопасности. Но это не должно происходить только в виде положительного достижения. Смотри кому это нужно и как он этим воспользуется. Психотерапевт должен быть всяким. И не включится в разряд стимулов для «эффекта победителя». Так легко воспитать и взрастить сверхуспешного человека, который, будучи миллиардером, в очередном экономическом кризисе потеряет миллионы и покончит жизнь самоубийством.

Опасность 2. Активация бессознательных проблем психотерапевта.

Эта ловушка или опасность, которая находится и на поверхности, и в глубине. На поверхности все более менее понятно. Например, те отношения в группе или в между пациентом и терапевтом, которые ворошат эдипальные конфликты самого терапевта, могут в силу неопытности терапевта найти выражение в психологических проблемах, которые возникнут, казалось бы, на

ровном месте у терапевта. Меня, честно говоря, интересуют более глубокие проблемы. И тут я позволю себе пространственную цитату из Отто Кернберга:

“...Если мы сравним открытия Бион с Фрейдовским описанием психологии орды или шайки, то увидим, что в малых группах идут те же процессы развития иррациональности, взаимной идентификации и идеализации лидера, но с появлением и дополнительных черт, которые отличают малую группу от шайки. Во-первых, ориентированный на групповую задачу отказ лидера группы принять роль ведущего, которая ему предписывается, ведет к фрустрации и поиску альтернативных путей взаимодействия с лидерством (выражающимся в перестановке основных координат группы) и конкурирует с поиском альтернативных лидеров внутри группы, которые обещают взять на себя функции, отвергнутые официальным лидером. В связи с этим факт, что члены группы с пассивно-зависимыми, гипоманиакальными и нарциссическими чертами так легко берут лидерство в зависимой группе, а с выраженными параноидальными чертами подталкиваются к лидерству в группах «атака-отступление» хорошо освещает взаимосвязь между индивидуальной психопатологией и групповыми процессами в малой группе. Во-вторых, в малых группах удивительно ярко проявляются защитные механизмы, характеризующие примитивную позицию «я» - (расщепленность, негативизм, проективные идентификации, идеализация, всемогущество) и, что с этим связано, интенсивная агрессия с довольно примитивными чертами. Бион (1895) и Фрейд (1925) обращались к обязательному началу насилия в шайках; в противоположность этому в малых группах склонность к насилию все же подконтрольна, не только из-за применения уже упоминавшихся механизмов, но также из-за относительно цивилизованного отношения, достигаемого в контексте «глаза в глаза контакт» и взаимного дружелюбия, которое гасит агрессию. Отсутствие «внешнего врага», однако, иногда поднимает групповое напряжение до высоких всплесков. Соучастие внешнего врага абсорбирует агрессию, порождаемую внутри группы, но агрессия пугает группы, которые не могут дифференцировать или отделить такого внешнего врага. В-третьих, поиск - в группах, распадающихся на пары - идеализированной пары защищает группу от опасности агрессии тем, что парные сексуализированные отношения являются двойником злобности и негодования в шайке и некоторых соц. организации, проявляющихся по отношению к парам, это было описано Фрейдом в 1921 г. Price (1965) и Turguet (1975) исследовали поведение больших бесструктурных групп, состоявших из 40-120 человек методом, похожим на Бионовский для малых групп. В таких больших группах установление «контакта глаза в глаза» оказывается невозможным, что отличает большую группу от малой, и, по контрасту с тем, что происходит в шайке, каждый член большой группы может быть представлен другим и услышан ими» [6].

Это возможно тогда, когда психотерапевт начинает делать ошибочные действия по отношению объекта

терапии. Объясню на примере групповой терапии. Собственно процитирую другого автора:

«Успешный групповой терапевт - это не личность, которая даёт сильные идеи индивидуумам в кругу. Наши цели как терапевтов - содействовать и сохранять способности группы делать то, что мы сами никогда не могли бы достигнуть полностью самостоятельно [4]. По сути Ормонт прав, группа меняется сама по себе, в силу правил, которые она, при помощи терапевта, приняла. Но не в силу хорошего или плохого терапевта. И терапевт, как особый член этой группы, меняется вместе с ними. Сохраняя при этом что-то особое, что отличает его от остальных членов группы, например, знания группового психоанализа или гештальт-терапии или еще чего-то. Но это особое (например, те же знания) становится, с какого то момента, конкурентным тем жизненным изменениям в группе, которая становится семьей и едино целостным механизмом, к которому неудобно или вернее не хочется дальше применять расчленяющие в понятии понимания знания, а появляется желание объединиться и стать обычным членом группы. То есть - возникает бессознательное желание вдруг превратится из психотерапевта в нормального плачущего невротика».

Опасность 3. Непроработанный контрперенос или кто кого лечит?

Здесь все становится достаточно понятным, если обратится к пониманию трансфера и контртрансфера. На мой взгляд, эта опасность может подстергать каждого от новичка до маститого психотерапевта. Недаром история, да и современность, знает множество случаев нарушения сеттинга вплоть до половых контактов психотерапевтов со своими пациентками, а также создание ими новых семей со своими пациентами. Не берусь сейчас детально описывать это явление. Отошлю читателя к собственной главе в этом томе «Эротический перенос: проблема пациента, проблема терапевта»

Опасность 4. Нарциссическое расширение.

Вернее сказать, неконтролируемое нарциссическое расширение. В чем я вижу здесь проблему и ловушку для психотерапевта? В том, что как у всякого лекаря (врача, психокорректора) в силу своей профессиональной деятельности у психотерапевта постоянно происходит конфликт собственного эдипального комплекса и знаний, которые он усваивает с пониманием своего всемогущества по отношению пациента. Другими словами, разрешение напряжения конфликта с сильными образами отца в любой внешней структуре и символах мира возможно при помощи понимания того, что происходит с пациентом и его жизнью в аналогичной ситуации. Но именно это создает большой соблазн стать богом для пациента и тем самым удовлетворить свои неосознанные потребности. По сути, это происходит по сценарию, который анализирует в своей работе Юнга («Ответ Иову»)

Это хорошо наблюдать на больших группах.

Опять обращаюсь к замечательной работе Кернберга: «Price (1965) и Turguet (1975) исследовали поведение больших бесструктурных групп, состоявших из

40–120 человек методом, похожим на Бионовский для малых групп. В таких больших группах установление «контакта глаза в глаза» оказывается невозможным, что отличает большую группу от малой, и, по контрасту с тем, что происходит в шайке, каждый член большой группы может быть представлен другим и услышан ими.

Turguet подчеркивал утрату членами больших групп идентичности и, сопутствующее этому драматическое способности реалистически оценивать эффект от того, что сказано им или ею на собрании членов. Обычная социальная обратная связь при вербальных коммуникациях между членами группы исчезает, возникает ощущение полной невозможности слушать друг друга, все диалоги рушатся прерывистостью коммуникаций и усилия создать маленькую, более тесную подгруппу обычно не удаются. Индивидуум оказывается в одиночестве, даже проективные механизмы не срабатывают, т. к. невозможно реалистически оценить чье-либо поведение. Т. о. проекции делаются множественными и нестабильными, и насущной задачей индивидуума оказывается поиск своего рода «шкуры», чтобы каким-то образом отделить себя от соседей» [6].

На примере этой модели интеракций с крайне малыми возможными вариантами активации механизмов, характерных для малых групп, психотерапевт может панически проецировать бессознательный страх потерь индивидумов на свое поведение и свою роль в этих группах. Тем самым демонстрировать для себя свою незрелость. Так и хочется порекомендовать ему в этой ситуации подождать этак лет двадцать – тридцать и состарится, что б понять, что происходит, а главное не успеть все испортить. Доживите до своего атеросклероза, что бы быть конструктивным в большой группе.

Опасность 5. Сопровождение пациента вне психотерапии (иногда всю жизнь).

Как правило, в этот капкан попадают те, кто не вылез из капкана №4. Правильное и успешное поведение требует подтверждения из-за постоянного напряжения быть неуспешным. Эдипов комплекс еще раз подтверждает свою живучесть, но уже при помощи психотерапевта. Умение закончить психотерапию – такое же искусство, как и начать ее. Есть еще варианты – пациент переходит в разряды подруг, друзей. Если психотерапевт думает, что этой новой терминологией он что-то изменил в своих интеракциях, он глубоко заблуждается. Ведь они (новые друзья – подруги) все равно спрашивают совет или просто молчат рядом, демонстрируя значимость подруги – друга с такой важной для них профессией – психотерапевт. Психотерапия, по сути, продолжается под новым именем и в новых правилах, где страдающей стороной будет уже сам психотерапевт. Ну хотя бы потому, что эта ситуация создает конфликт морали. И лучше чем Экзюпери не скажешь: «Мы в ответе за тех, кого приручили».

Опасность 6. Стимуляция экзистенциального кризиса психотерапевта.

Альфред Лэнгле (Alfried Längle) – австрийский психотерапевт, клинический психолог, профессор

медицины и философии, основатель Международного общества логотерапии и экзистенциального анализа GLE-International. Недавно он был в Москве, где дал пространственное интервью. Я попытаюсь несколькими фразами этого известного ученика Виктора Франкла объяснить проблему, которая может возникнуть с психотерапевтом в силу выполнения им профессиональных обязанностей.

Именно Франкл еще в 1920-х годах первым поставил проблему смысла.

За Франклом люди становятся менее религиозными, увеличивалось число тех, кто не принадлежал ни к какой конфессии, отсюда возникал дефицит ориентиров. Люди стали меньше понимать, для чего им в принципе проживать свою жизнь. Человек больше не нацелен на трансцендентность, на выход за рамки собственного бытия через служение Богу. Напротив, он безжалостно предоставлен самому себе и вынужден искать новые ориентиры. Снижение роли религии во многих странах ведет к утрате представлений о смысле бытия.

Но сегодня перед нами открывается множество абсолютно новых возможностей. У нас действительно гораздо больше возможностей самим формировать собственную жизнь. Свободный рынок, например, дает нам возможности, о которых не могли мечтать даже наши родители, что уж говорить о дедах. Жизнь предлагает удивительное множество разных видов деятельности и способов получения удовольствия. Но полагать, что потребление способно заменить смысл, – большая ошибка. Скорее это попытка удовлетворить голод в отношении смысла эрзацами полноценной пищи. В ситуации, когда постоянно растет число возможностей и соблазнов, проблема смысла только обостряется, хотя и недостаточно осознается, и нужно быть очень сильной и очень ясно мыслящей личностью, чтобы сохранить аутентичные жизненные установки.

Мы, современные люди, проживаем свою жизнь менее интенсивно, чем раньше, когда люди сталкивались с большим числом угроз. Скажем, неурожай непременно означал голод, стихия могла навсегда оставить без крыши над головой, от простуды можно было умереть. Сегодня большинства подобных опасностей просто не существует. Раньше каждый соприкасался со смертью: например, почти в каждой семье умирали маленькие дети. Сегодня это не так, и опыт столкновения со смертью, опыт осмысления ее сделался намного беднее. Наконец, мы стали меньше работать физически. Есть техника, автомобили, которые не дают нам переутомляться. И это не может не влиять на жизнь наших чувств. Наше существование словно бы заключено в вакуумную упаковку, но из нее этот вакуум просачивается в нас самих. Мы не испытываем настоящего голода, редко переживаем чувство подлинной опасности. Мы все менее интенсивно ощущаем, какое счастье – просто жить, все слабее понимаем истинную ценность жизни как таковой. И нам труднее различить ее смысл. Особенно тем, кто живет в развитых странах. Опрос, проведенный в Австрии в 2000 году, показал, что более половины

опрошенных хотя бы однажды переживали ощущение потери смысла. И лишь 11% ответили, что эти проблемы никогда не имели к ним отношения.

В логотерапии и экзистенциальном анализе различают два понятия смысла. Первое – это практический смысл, который заключен в конкретной ситуации. Именно его называют экзистенциальным. А второе – это глобальный, онтологический смысл, который имеет все сущее. Экзистенциальный смысл зависит от самого человека и может изменяться вместе с ситуацией. Его можно обнаружить, если осуществить экзистенциальный поворот: вместо того, чтобы постоянно спрашивать: «что я должен сделать?», «как следует поступить?», «что мне это даст?», попытаться развернуть свое отношение к ситуации. Отставить в сторону то, чего хочу я, и попробовать понять, чего хочет эта ситуация от меня. Чего ждет от меня жизнь? Поступив так из человека, задающего вопросы, мы сразу превращаемся в человека, дающего ответы. Экзистенциальный смысл заключается именно в том, чтобы понять вопрос каждой конкретной ситуации и дать на этот вопрос наилучший возможный ответ. То есть ответ, который в данный момент для меня возможен и который лично я рассматриваю как самый лучший. Этот ответ, разумеется, заключается не в словах, а в действии, поступке. Человек способен сам создавать свою осмысленную жизнь, нанизывая момент за моментом, подобно жемчужинам в ожерелье.

Виктор Франкл указывал несколько путей, которые ведут к экзистенциальному смыслу. Первый – пережить нечто замечательное: послушать прекрасную музыку, провести время в обществе любимых людей, полюбоваться закатом. Другой путь – создать что-то ценное: хорошо сделать свою работу или испечь вкусный пирог. Но бывают ситуации, когда ни то, ни другое невозможно: скажем, если человек тяжело болен. Франкл очень много пишет о важности нахождения смысла в безвыходных или очень тяжелых жизненных ситуациях. Тогда очень важно найти правильную внутреннюю установку по отношению к проблеме, к собственному страданию. Установку, которая позволит человеку высоко нести свою любовь к жизни [8].

Проблемы пациента, если они действительно задевают психотерапевта, обязательно должны на каком то этапе стимулировать экзистенциальные переживания терапевта. В первую очередь при неудачной терапии, в том числе суицидах пациентов. Терапевт неизменно выходит вначале на уровень нивелирования своей профессиональности, а затем и на экзистенциальные вопросы.

Здесь речь уже идет о смысле бытия. Что есть человек, зачем он появляется на свет? И – самый, может быть, острый вопрос – зачем существует страдание? Зачем оно выпадает на долю конкретному человеку в конкретный момент – и почему именно ему? Здесь мы упираемся в границы познания. Психология уже не может участвовать в решении этого вопроса. И нам остается вера, надежда. Однако и в этих случаях возможен экзистенциальный поворот. Он необходим, чтобы перестать спрашивать о глобальном смысле собственной

жизни и попытаться ответить на этот вызов, понять, что можно сделать даже в самой сложной и тяжелой ситуации такого, что принесло бы позитивный результат. Если человек ведет себя таким образом, если он ищет ответ, то один смысл уже создан: этот человек становится сильнее как личность [8].

Опасность 7. Обесценивание психотерапии.

Как следствие неконструктивного прохождения опасности 6, возникает опасность 7 – обесценивание собственной профессии. Сюда, как ни странно, может подлить масла в огонь и наука, вернее прямолинейное понимание ее результатов зачастую фрагментарных и частичных.

В настоящее время известно и осуществляется на практике около 400 разновидностей психотерапии для взрослых пациентов и примерно 200 – для детей и подростков; описано около 300 психологических синдромов или констелляций симптомов, для лечения которых рекомендуется та или иная. Если поставить себе задачу эмпирическим путем установить, какие виды психотерапии или их сочетания оптимальны для лечения одного расстройства, то придется опробовать астрономическое количество сочетаний, приблизительно равное 2400. Соответственно, чтобы получить возможное количество сочетаний для лечения всех описанных синдромов, это число надо будет умножить еще на 300 [10].

После великой «смуты» запущенной Айзенгом в 1952 году, поставившей под сомнение эффективность психотерапии, а это было не эмоциональное выступление, а раздумывания и анализ ученого с мировым именем, прошло полвека наполненных доказательными работами в области психотерапии.

Привожу только небольшое перечисления мета-аналитических исследований: Bergin A. E., Lambert, M. I. The evaluation of therapeutic outcomes // Handbook of psychotherapy and behavior change: An Empirical Analysis / Eds. S. L. Garfield, A. E. Bergin. 2nd ed. N. Y.: Wiley, 1978. Beutler L. E. Toward specific psychological therapies for specific conditions // J. of Consulting and Clin. Psychology. 1979. V. 47. P. 882-892. Goldstein A. P., Stein N. Prescriptive psychotherapies. N. Y.: Pergamon, 1976. Kellner R. Psychotherapy in psychosomatic disorders: A survey of controlled outcome studies // Archives of General Psychiatry. 1975. V. 35. P. 1021-1028. Luborsky L., Singer B., Luborsky L. Comparative studies of psychotherapy // Archives of General Psychiatry. 1975. V. 32. P. 995-1008. Nicholson R. A., Berman J. S. Is follow-up necessary in evaluating psychotherapy? // Psychological Bulletin. 1983. V. 93. P. 261-278. Rachman S., & Wilson G. T. The effect of psychological therapy: Second enlarged edition. N. Y.: Pergamon, 1980. Shapiro D. A., Shapiro D. Meta-analysis of comparative theory outcome studies: A replication and refinement // Psychological Bulletin. 1982. V. 92. P. 581-604.

И конечно же описания знаменитого Шифилдского проекта: Shapiro D., Firth J. Prescriptive versus exploratory psychotherapy. Outcomes of the Sheffield Psychotherapy Project // British J. of Psychiatry. 1987. V. 151.

Вывод: все методы (см. Приложение) психотерапии эффективны, но, главное, равноэффективны. Не более и не менее.

Вот теперь попробуй разберись самому психотерапевту в войне школ, методик, техник и всего, что за этим стоит.

Опасность 8. Эффект угасания.

Это не синдром выгорания. Речь идет о совершенно другом интересном психологическом феномене, который сейчас приобретает в кругах научных сотрудников интенсивного обсуждения.

Однажды психолог Джонатан Скулер, пытаясь повторить собственный эксперимент, обнаружил «эффект угасания», который поставил под сомнение результаты любых психологических экспериментов.

В науке существует базовый принцип — реплицируемость эксперимента: любой добросовестный ученый ставит и описывает свой эксперимент так, чтобы любой его коллега мог этот эксперимент повторить и получить на выходе те же результаты. Это знает любой студент. Разумеется, знал это и я, когда писал диссертацию в Вашингтонском университете и ставил свои первые психологические эксперименты.

В 1990 году был описан эффект, который называется «вербальное затемнение»: словесное описание невербального, визуального воспоминания приводит к его «забалтыванию» и «стиранию» из памяти. Первый эксперимент был такой: сто студентов разбиваются на две группы. Первой мы показываем фотографию человека, потом отвлекаем на пять минут посторонним занятием, а затем просим описать его. Второй группе показываем ту же фотографию, но описывать ее не просим. Затем мы просим всех участников эксперимента показать искомую фотографию в ряду с еще несколькими снимками похожих людей. В результате испытуемые из первой группы справлялись с заданием только в 50% случаев, в то время как результат второй группы был 80%. [1]

Таким образом, ловушка для психотерапевта состоит в том, что он покупается на идею быстрой помощи пациенту, которого он видит в реальном времени и довольно часто. И чем чаще, тем кажется лучше. Но в реальности наличие эффекта угасания как раз может объяснить навязчивые идеи самих психотерапевтов, которые «продолжают психотерапию» пациентов, которые в реальности уже давно в этом не нуждаются. Произошла подмена запроса со стороны пациента. Но психотерапевт этого не заметил.

Этот эффект проявляется не обязательно в виде осознания и понимания событий терапии в прошлом, но и в виде использования их случаев в собственных статьях, преподавании, обращении к ним на супервизиях и др. варианты. А еще становится понятной фраза Jung, которую он произнес по прошествию многих лет после работы с одной из своих пациенток: «Наконец-то мне стал понятен ее сон...»

Опасность 9. Подмена психотерапии эзотерикой.

Здесь опасность таится в малокавалифицированности психотерапевта, который в силу любознательности и

склонности к философии принимает эзотерику за науку и начинает подменять понятия своей работы занимательными учениями и особенностями духовных и религиозных течений и практик. Собственно опасность кроется в том, что у психотерапевта, как и любого человека, в рудиментарном виде с детства или в виде генетической памяти остается синкретическое или магическое мышление. Достаточно одного – двух степеней обстоятельств жизни в том числе особенностей терапии, как эти рудименты активизируются, и психотерапевт начинает использовать эзотерику подменяя ею науку. Таким образом заклинания, гадания, пророчества, выливания воска и катания яиц, практики Кастанеды и т. д. – большой соблазн признаться в собственной некомпетентности и неэффективности и обратиться к магии.

Опасность 10. Уход из профессии.

Ну что же, это не самый худший из капканов. В конце концов можно реализовать себя и где-то и с кем-то другим без этой психотерапевтической терминологии.

Опасность 11. Психосоматические болезни психотерапевта.

Если посмотреть на сущность идеи Меннингеровского исследования, то главными факторами достижения терапевтического эффекта есть:

- опыт переживания “помогающих” отношений;
- способность терапевта понимать пациента и реагировать (эмоционально откликаться);
- возрастающее самопонимание пациента;
- уменьшение степени “навязчивости” межличностных конфликтов;
- способность пациента интернализировать достигнутое в психотерапии;
- обретение пациентом большей терпимости по отношению к мыслям и чувствам других людей;
- мотивация пациента к изменению себя;
- способность терапевта предложить ясную, разумную и действенную технику [9].

Что из это следует. Да хотя бы быть максимально эмпатичным для пациента и естественно хорошо передавать информацию, в том числе эмоциональную. Но есть пределы и защиты самого психотерапевта от эмоциональной открытости и ранимости. И это может стать путем к алекситимии. А отсюда все, что вы вспомните о психосоматике, собственно путь реализации генетической программы на нездоровье. Вплоть до последней опасности.

Опасность 12. Смерть психотерапевта.

Неприятная тема. Но давайте посмотрим на это с позиции естествоиспытателя. Занимательная, однако, статистика получается, если проанализировать жизнь великих психотерапевтов и психиатров.

На вскидку вспомню:

Инфаркт (высокая ответственность, морализация, поглощение объекта, нереализованная агрессия, направленная на любимый или значимый объект):

- Абрахам Маслоу – смерть от инфаркта миокарда;
- Рональд Ленг – алкоголизм, депрессия, инфаркт;
- Стенли Менгем – инфаркт в 51 год;

- Эрик Берн – инфаркт;
- Курт Левин – инфаркт;
- Вильгель Райх – инфаркт в тюрьме;
- Михаэль Балинт – инфаркт;
- Альфред Кинзи – инфаркт;
- Дитрий Ошанин – смерть, в следствии операции на сердце;
- Сергей Рубинштейн – инфаркт;
- Борис Ананьев – инфаркт;
- Сергей Корсаков – инфаркт;
- Мэраб Мамардашвили – инфаркт;
- Альфред Адлер – инфаркт;

Рак (символическая интерпретация неосознанной и непрявляемой ненависти):

- Зигмунд Фрейд – сеттинг, рак, эвтаназия;
- Тимоти Лири – наркотики, тюрьма, рак;
- Ганс Айзенк – скандал вокруг идеи отсутствия связи между курением и раком. Всеобщее общественное осуждение – рак мозга
- Гордон Олпорт – рак

Вначале некоторые мысли из Меркурио: «Почему человек построил себе убежище в метафизике и в религии, породив представления о посястороннем и о потустороннем мирах?»

Не только ради удовольствия; но потому, что потерял свой первоначальный “дом”, а именно тесные отношения с природой; человек осуществляется благодаря процессу самосозидания; по ходу этого процесса он вынужден выделять себя из природного мира.

Человек наделен способностью превосходить самого себя, от эпохи к эпохе. Современный человек появился только сорок тысяч лет назад.

Превалирующая на сегодня концепция человека такова: человек есть существо предопределенное с духовной и материальной точек зрения. Поэтому ничего нельзя сделать, чтобы изменить свою жизнь». [2]

Итак что же получается? Психотерапевты ну хотя бы упомянутые в принципе умирают от двух болезней: сердечно сосудистая недостаточность (инфаркт миокарда) и рак.

Вот так мрачно, но жизненно.

Напомню о моделях, которыми пользуются сами психотерапевты. А именно моделях психосоматических механизмов образования органической патологии. Тех же болезней сердца и онкологии.

Но если следовать все тем же идеями психосоматики, которую проповедают большинство психотерапевтов, в том числе и я, то следует честно признаться, что в данном случае речь идет о нереализованном гневе и ненависти самого психотерапевта. Итак ловушка следующая: чем более ты хороший психотерапевт, чем больше ты контролируешь свои эмоции, чем больше ты обрастаешь пациентами и находишься в неизбежной и фатальной колее под названием «психотерапия», тем более вероятнее, что ты умрешь или от инфаркта миокарда, или от рака. Выбирайте.

Мне даже интересно на своей жизни посмотреть на реализацию или нереализацию этой опасности.

Хотя есть вариант – не усердствовать и быть посредственным психотерапевтом. И тем самым... попасть в другие опасности.

### Литература

1. *Вербальное затмение*. <http://esquire.ru/schooler>
2. Меркурио А. *Экзистенциальная антропология и персоналистическая метапсихология*, 2003.
3. Ryo Oda, Yuki Niwa, Atsushi Honma, Kai Hiraishi. *An eye-like painting enhances the expectation of a good reputation // Evolution and Human Behavior*. 2011 <http://esquire.ru/>
4. Luis R. Ormont. *The Group as Agent of Change // Modern Group. Journal of The Center for the advancement of Group Studies, Inc. Vol.1, n.1, Sping 1996*
5. David A. Winter «Group Therapy as a Means of Facilitating Reconstructing in Depressives». *Group Analysis*, vol. 22 (1989).
6. Otto Kernberg, O. Jason Tronson. 'Internal Word and External Reality', Ch. 11, *Regression in Group*, 1980.
7. Свинцов В. *Люди и крысы // «Кэмпо»*, 1994, № 5, с. 17-21.
8. Альфред Лэнгле *Понять, чего ждет от меня жизнь, Psychologies*, №58, март, 2011
9. Luborsky., Schmek J., *Psychoanalytic theories and developmental change: implications for assesment \ Personality change \ Eds. P. Worche, N. Byrne N.Y.: Wiley, 1964*
10. Е. Калмыкова, Х. Кэхеле *Изучение психотерапии за рубежом: история, современное состояние (интернет публикация)*

### НЕБЕЗПЕКИ ПСИХОТЕРАПІЇ ДЛЯ ПСИХОТЕРАПЕВТА

О. С. ЧАБАН

Мова в цій статті піде про душу психотерапевта та його тіло, відповідно, і небезпеках, які їх чекають на захоплюючих альтруїстичних або альтруїстеподібних віражах взаємодії з душами пацієнтів, що зветься психотерапією. Стаття розповість про ті пастки, які виставляє життя для самих психотерапевтів.

### DANGER OF PSYCHOTHERAPY FOR PSYCHOTHERAPIST

O. S. CHABAN

Discussion in this article will focus on the therapist's mind and his body, respectively, and the dangers that await them on the fascinating altruistic, or similar to altruistic interaction with the souls of the patients called psychotherapy. Article tells about the pitfalls and traps that puts life for psychotherapists.