

А. А. Александров

**АНАЛИТИКО-КАТАРТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ
ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ**

Учебное пособие

2-е издание, переработанное

Санкт-Петербург
СпецЛит
2017

УДК 616.8

А46

Автор:

Артур Александрович Александров — доктор медицинских наук, профессор кафедры психотерапии СЗГМУ им. И. И. Мечникова

Рецензенты:

Виктор Анатольевич Ташлыков — доктор медицинских наук, профессор кафедры терапии и ревматологии им. Э. Э. Эйхвальда СЗГМУ им. И. И. Мечникова;

Юлия Валерьевна Власова — кандидат психологических наук, аналитический психолог, индивидуальный член Международной ассоциации аналитической психологии (IAAP), супервизор IAAP, психодраматерапевт

Александров А. А.

А46 Аналитико-катартическая терапия эмоциональных нарушений: учебное пособие / А. А. Александров. — Санкт-Петербург : СпецЛит, 2017. — 237 с.

ISBN 978-5-299-00824-1

В учебном пособии рассматривается краткосрочная модель конфликт-центрированной психотерапии, разработанная на основе психологии отношений В. Н. Мясищева — «аналитико-катартическая терапия Александрова» (АКТА). Психогенетический анализ жизни пациента, его личности и патогенной ситуации дополняется использованием элементов технологий, основанных на катарсисе: психодрамы, гештальт-терапии и личностно-центрированной терапии К. Роджерса. Рассказы пациента о своих проблемах трансформируются в действие посредством имажинативной техники «диалога со значимыми другими». Метод используется как для лечения неврозов, так и для анализа конфликтных отношений лиц,отягощенных личностными проблемами.

Пособие предназначено для психотерапевтов, клинических психологов, студентов медицинских и психологических факультетов.

УДК 616.8

ISBN 978-5-299-00824-1

© ООО «Издательство “СпецЛит”», 2017

Оглавление

Предисловие. Возвращение совести	5
Введение	12
Глава 1. Метод патогенетической психотерапии	25
1.1. Концепция невроза	25
1.2. Процедура проведения психотерапии	28
1.3. Патогенетическая психотерапия как альтернатива психоанализу	36
Глава 2. Основные интегративные элементы аналитико- катартической терапии	49
2.1. Значение личностно-центрированной терапии К. Роджерса	49
2.2. Значение психодраматических методов	53
2.3. Значение гештальт-терапии	55
2.4. Значение концепции незавершенных действий	59
Глава 3. Сравнительный анализ метода аналитико- катартической терапии	63
3.1. Катартический метод Й. Брейера как предтеча психоанализа З. Фрейда	63
3.2. Реконструкция инфантильно-сексуальных переживаний вместо катарсиса	64
3.3. Методы и факторы лечебного действия аналитико- катартической терапии	66
3.3.1. Суггестия	66
3.3.2. Абреакция и катарсис	66
3.3.3. Конфронтация и кларификация вместо интерпретации	73
3.3.4. Кларификация или интерпретация?	74
3.3.5. Проигрывание конфликта вместо «свободного ассоциирования» и «континуума осознания»	76
3.3.6. Перенос и контрперенос	81

Глава 4. Соотношение прошлого и настоящего: различия в подходах	85
4.1. Роль детства в формировании личности и развитии невротозов	85
4.2. Реактивные невротозы и невротические развития	90
4.3. Диагностический психогенетический комплекс	93
Глава 5. Метод аналитико-катартической терапии	96
5.1. Катарсис как «взрыв», ведущий к реорганизации отношений	96
5.2. Процедура проведения психотерапии	106
5.3. Техники аналитико-катартической терапии	110
5.3.1. Принципы и основные приемы	110
5.3.2. «Встреча» – диалог между противоречивыми отношениями личности	118
5.3.3. Диалог с другим значимым лицом	122
5.3.4. Техника дублирования или двойника (<i>alter ego</i>) ..	128
5.3.5. Работа с символическим образом «Я»	134
5.3.6. Работа со сновидениями	145
5.4. Формы проведения аналитико-катартической терапии	145
Глава 6. Случаи из практики	149
6.1. Сережа	149
6.2. Давид	167
Заключение	229
Литература	235

ПРЕДИСЛОВИЕ

Возвращение Совести

Прежде всего выражаю глубокую признательность уважаемому автору за предложение написать предисловие. Это и большая честь и большая ответственность. Когда читатель берет книгу в руки, он подобен путешественнику, готовому исследовать новый маршрут, обогатиться впечатлениями. И любое предисловие, вступление — некий буклет, красочно, но кратко отражающий главные вехи предстоящего пути. Очень хочется, чтобы читатели в полной мере оценили этот метод, прониклись им и включили в свой терапевтический арсенал. Поэтому предпочту рассказать про АКТУ с позиции участника, наблюдателя и, совсем немного, эксперта в жанре эссе.

Мы начинали свою психотерапевтическую и психокоррекционную практику в самом начале 90-х годов, когда, не преувеличивая, Россия и бывшие республики СССР были буквально атакованы самыми разными неизвестными, но очень заманчивыми методами терапии, твердо обещавшими эффективность, успех и развитие. Приезжали «Великие» со всего света, делились опытом и, как всегда случается, вместе с реально эффективными, научно подтвержденными методами «прицепом» проникли и квазипсихологические практики, почти оккультные, небрежно переодетые в платье «истинной терапии». С азартом молодых, голодных и наивных мы ринулись осваивать и НЛП, и гештальттерапию, и всевозможные методы арттерапии, и психодрамы, — хотелось всего! Как я сейчас понимаю, в чем-то мы напоминали незадачливых булгаковских героинь «Мастера и Маргариты», которые в стремлении стать красивыми женщинами в панике срывали с себя свою одежду, меняя ее на красивые, но иллюзорные тряпки Воланда.

К нашей удаче не все, что мы тогда нахватили, рассеялось. Я оставила себе аналитическую психологию Юнга и психодраму, кто-то — гештальттерапию, кто-то — телесноориентированную терапию. А сегодня пришли наши ученики, и они просят настоящего. Настоящего просят и пациенты — не долгих лет поиска взаимосвязей между бессознательным и сознанием, не публичной открытости классической психодрамы, а такого Настоящего, которое поможет унять боль, разобраться в том, что происходит, и откроет путь к жизни простой и хорошей. Разве бывают иные запросы

к психотерапевту? Но психотерапевт должен предъявлять самые высокие требования к себе и своему методу. И я долгие годы искала тот метод, который сохранил бы ведущую позицию терапевта, был бы направлен на причину страдания, требовал от пациента активности, не отрицал глубины психической деятельности, включал бы в себя драгоценные символы и образы и при этом был бы краткосрочным, человеческим, честным и, конечно же, нашим — для наших пациентов, которые живут вместе с психотерапевтом в одной среде: в одной стране, может быть, в одном городе. У этого метода должна быть родная душа, словом, запросы немалые. Как выяснилось, осуществимые.

Одна из блестящих статей А. А. Александрова называется «Возвращение катарсиса», а я бы назвала АКТУ «Возвращением Сове­сти». Что мы потеряли на той ярмарке методов, способов и игр? Самое важное — человеческую основу. Здесь упомяну, что в привезенных красивых методах нередко рефреном звучали лозунги пустые по сути, но, якобы, обладающие мощной терапевтической силой: «Ты можешь все», «Препятствий нет», «Помни о своих желаниях», «Главное — любовь к себе», «... Если мы не встретились, то этому нельзя помочь», и множество других подобных симулякров. Обычные людские понятия ответственности, чести, уважения, любви, простой человеческой участливости подменились утопической идеей самосозидания. Психотерапевт в рамках такого подхода становится рьяным сыщиком в поисках виноватых лиц или факторов, которые обусловили сегодняшние несчастья пациента, а сам пациент — заказчиком этих детективных услуг. Теперь мы уже мастера по поиску первичной травмы, деструктивных родителей (последние в розыске перманентно), мы виртуозы по обучению правильно влиять на окружение, мы учим общаться с детьми задолго до их рождения и лихо лечим наркоманию методом рисования мандал, причем не всегда понимая, что это такое. И, конечно, в лучших традициях «Звездных войн» и «Игры Престолов» мы бесстрашные бойцы с чувствами вины и стыда, которые, собственно, наивно полагаем патогенезом любых нарушений — от тяжелых личностных расстройств до семейных или служебных конфликтов.

Так обстоят дела сегодня, не везде, не всегда, но как суметь передать ценность АКТА, не указав на некоторую суетливость, бессмысленность и искусственность сегодняшней психотерапии? Про эффективность предпочту хранить молчание. Настало время АКТА — патогенетического, интегрированного эффективного метода

отечественной психотерапии. Метода, который возвращает человека и человеческое человеку. Идеологической основой послужила теория отношений В. М. Мясищева. Современные терапевты, за исключением петербургских коллег с их изящной личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапией, как-то сгоряча отринули теорию отношений, забыв о ее истинной ценности. Пусть мне назовут хоть один метод исцеления души, который в своей основе не содержит коррекцию нарушенной системы отношений: к себе, к другим, к миру, к высшим силам, если они представлены у отдельного субъекта. Исследует ли юнгианский аналитик архетипический сюжет — он исследует роль и место в этом сюжете тех отношений, которые создаются внутри структуры сознания, проявляют себя в идеях, чувствах, поведении. Строит ли психодраматерапевт личную историю человека — он не обойдется без четкого выявления тех отношений, которые существуют у протагониста в контексте предъявленной проблемы. Только если в психодраме оперируют понятием «социального атома» — закрытого, застывшего, деформированного, недоразвитого (речь идет о жесткой структуре межличностных отношений), то в юнгианском анализе прибегают к понятиям «контакт с реальностью» и «комплекс». Приходит пациент к психотерапевту, и вот уже создаются отношения сложные, состоящие из сплетения переноса и контрпереноса. И, конечно, сам психотерапевтический запрос всегда прямо касается отношений, запутанных, нарушенных, искаженных. И мишень психотерапии любого направления направлена на изменения отношений.

Но как прояснить происходящее, «выяснить отношения», как узнать, с кем именно их придется выяснять? АКТА использует два технических подхода, которые подобно руслу реки то раздваиваются, то сливаются в один. Первый, и можно назвать его изначальным, автор метода называет беседой-дискуссией. Хотя «дискуссия» — спорный термин, когда мы рассматриваем АКТУ. Эта фаза достаточно провокативна, конкретна в репликах, требует от психотерапевта не только целенаправленного расспроса, эмпатического слушания, но и внимания к контрпереносным реакциям — идет сбор анамнеза для будущего катарсиса, причем информацию получают пациент и терапевт. Уже на этой фазе может быть много инсайтов — это зависит от того, насколько терапевт прицельно задавал вопросы, давал обратную связь, поддерживал либо, напротив, приостанавливал пациента, обращая его внимание на «проблемные зоны». Поэтому, скорее, это беседа-прояснение, но

никак не спор — отсюда мое несогласие с «дискуссией». Даже моменты конфронтации, которые ярко высвечиваются на протяжении всего АКТА-действия, не суть спор-противостояние. Это настойчивые неагрессивные указания терапевта на те или иные противоречия. Здесь, как мне кажется, суть даже не в преодолении сопротивления — его практически нет: органичность АКТА сама по себе хорошее противоядие от запуска избыточных защит. АКТА по внутренней сущности сходна с попыткой человека разобраться в себе, с той внутренней работой, которая происходит непрерывно внутри каждого. И инсайтами этот метод так богат, что вполне можно было бы его именовать «аналитико-инсайт-катартическая терапия», прояснения могут возникать уже на этапе беседы, и они не будут последними.

Глубокая подробная беседа очень важна для перехода к действию, которое на первый взгляд похоже на монодраму, а точнее на то направление психодрамы, которое называется «интрадрама» и которое так любят аналитически-ориентированные психодраматерапевты. Протагонист начинает диалог со значимым собеседником, используя обмен ролями и технику «пустого стула». Но в монодраме директор остается режиссером, закулисным ведущим, а АКТА требует от терапевта постоянного дублирования. Таким образом, монодрама превращается в диадраму: протагонист в постоянном диалоге с Вспомогательным Я — значимым лицом и со Вспомогательным Я-Дублем, роль которого закреплена и определена реальным лицом — психотерапевтом. Согласно классическим канонам психодрамы Дублию позволено только уточнять, перефразировать переживания протагониста, здесь же Дубль поддерживает, а то и провоцирует и протагониста, и его Вспомогательное Я-проекцию. Так что мы не ошибемся, если назовем АКТА триадрамой — три действующих роли на сцене АКТА. Не думаю, что сильно преувеличу, если назову Дублия-психотерапевта «Истинным Я» пациента, его здоровым началом. Собственно, это должно входить в функции терапевта любого направления. Трудно представить себе иную картину: пациент будет здоров настолько, насколько здоров его терапевт, и любая проблема будет разрешена настолько, насколько хватает потенциала для ее разрешения у психотерапевта.

АКТА позволяет разрешать конфликты на самых разных уровнях: между собой и... собой, между значимым лицом, с которым возможно продолжить диалог в реальности, с давно ушедшим, с никогда не пришедшим, например с нерожденным ребенком, а также с

символами, образами сновидений. Хотя все пути ведут к реально существующим персонажам — людям, с которыми у протагониста есть отношения. АКТА может применяться в групповом формате, тогда у протагониста есть возможность услышать восприятие его ситуации другими, но все же этот метод предпочтителен, по моему мнению, в индивидуальной терапии. Таинство прояснения отношений принадлежит психотерапевту, пациенту и тому пространству, которое они создадут вместе. В этом видится особая ценность этого терапевтического искусства для российского пространства. Не секрет, что групповая терапия — очень полезный, но не всегда пригодный дар зарубежных коллег, особенно когда речь идет о необходимости покаяния, признания собственной ответственности за ситуацию, когда речь идет о вине, стыде и совести. Значительно легче довериться и открыться одному человеку — терапевту.

Вот и настал момент заговорить о том, в чем принципиальное отличие АКТА от западных методов психотерапии. Это отличие носит духовный характер, обращено к высшим ценностям человека. Ни в коей мере не хочу отклоняться от методологической основы АКТА и ее корней. Но здесь возникает потребность говорить не о концепции невроза, эффекте незаконченных действий и даже не о катартическом взрыве. За методологической основой лежит цель воздействия, и она не так проста, как может быть прост запрос пациента (или его спутанная симптоматика). Я видела, да и сама строила, не скрою, огромные «психодраматические мегаполисы», полные виноватых в несчастной жизни пациента лиц, процессов и ситуаций. Ему становилось радостно, он все понимал, тем более предоставлялась возможность символически побить нерадивых родителей, злополучных учителей... Я копалась в ранних детских травмах, пытаюсь взгромоздить их на теорию объектных отношений, при этом мои пациенты рыдали от жалости к себе, правда, не вследствие катарсиса... Так делали мы все. И очень удивлялись нестойкости или отсутствию результата. Потом списывали удручающий эффект на сопротивление и отступали. И однажды наступал для нас тот мрачный час, когда мы честно говорили себе: «Что за ерунду я творю?» Все это есть — и искаженные объектные отношения, и детские травмы, и опасные родители, и злые сверстники, и хам-начальник. Но беда внутри пациента, именно ему и искать те силы, которые помогут восстановить, что можно восстановить, построить, где можно строить, и научиться жить с отсутствием чего-то, что уже не вернуть. Как эту работу можно проделать, если

не осознать свою роль в существующем конфликте? Даже если это конфликт между собой и своим телом. Но страх вызвать у пациента живые человеческие переживания стыда, вины, понимание совершенных ошибок останавливали и останавливают: слишком крепко въелась неверно понятая и ставшая отравленной концепция «деструктивных чувств». И сколько раз выслушивая жалобы пациента на других, мы уже готовы были выпустить наружу запретное: «А у тебя совесть есть?» Останавливались и вымучивали инопланетное: «Как вы думаете, что мама (папа, начальник, симптом) чувствовали в этот момент?» Несвобода терапевта...

АКТА же таких запретов не знает! И при этом ничуть не опасней «бережного безусловного принятия пациента». Вспоминаю первый свой бунт. Протагонист, молодая женщина со страхом беременности, долго жаловалась на «пожирающую маму», которая рожала ее сутки и, по мнению пациентки, «бессознательно пыталась убить» — привет, психоанализ! В технике обмена ролями, став своей мамой, она угрюмо молчала. И мне вдруг стали безразличны все строгие каноны психодрамы, возможно, повлиял опыт работы акушеркой. Я обняла «маму» и выразила восхищение ее женской стойкостью и волей, которая позволила дать жизнь дочери. В этот момент моей пациентке был дарован катарсис. Я встретила ее двумя годами спустя с малышкой на руках, и она благодарила меня за возможность увидеть маму, понять и пережить ее страдания, признать их высокую цель. Это была история со счастливым финалом, хотя могло бы, конечно, быть и иначе. Упреки супервизоров оставляю за скобками — точно знаю, что поступила по-человечески. Значит, и терапевтично, потому что трудно представить себе нечеловеческую психотерапию.

Катарсис разбудил совесть, и именно она дала мощный импульс к исцелению невротических страхов. Ведь что такое «совесть», понятие, которое было безжалостно выдернуто из психотерапии, следовательно, из жизни пациента? Старославянское понятие «съв сть» является калькой с греческого *syneidesis* — «совесть», «сознание долга». В этом слове заключена роль «со-ведущего», сопровождающего, сотрудничающего сознания. Предполагается, что наличие совести переживается человеком как некий внутренний голос, помогающий ему вести себя, контролировать поступки и видеть себя объемно, в контексте всей системы его отношений. В АКТЕ терапевт является отражением совести пациента. Он не стыдит, не карает, он фасилитирует процесс и проясняет происходящее с разных сторон — и во время беседы-дискуссии, и в процессе

диалога пациента с воображаемым собеседником: до той поры, пока пациент сам не увидит себя глазами Другого. И совесть начинает просыпаться. Порой кажется, что конфронтации и кларификации психотерапевта в АКТЕ далеко не по-роджерсиански резки и оценочны, но всегда человечны. Отчего бы не быть оценкам, если они очевидны? Если пациент «не готов» принять неприглядную правду о себе, высказанную его же устами, но из роли Другого, как долго мы можем ждать, выдавая за гуманность собственные полуневротические опасения «навредить»? Если что-то скажем неверное, пациент просто пропустит это. Да, в силу защитных механизмов, которые здесь выполняют свою оберегающую функцию. Борцов за «безоценочность и нейтральность» хочется спросить, догадываются ли они о том, что было бы с несовершеннолетним беспризорным преступником и наркоманом, если бы он не был шокирован пощечиной Макаренко, единственного уважаемого взрослого? И никто не давал нам права отбирать у человека возможность покаяться, признать свои неверные действия, оплакать то, что не вернуть. Только из собственной позиции можно начать менять жизнь, но позиция должна быть реальной, а не выдуманной, с искусственно раздутой значимостью, с непомерно завышенной самооценкой, наконец, с неадекватными мыслями-лозунгами, призывающими «любить себя, вопреки всему миру».

АКТА работает с невротическими расстройствами, способна помочь и более дезадаптированным людям. Она решает повседневные проблемы и исцеляет старые, незаживающие раны. Она исследует фантазии и сновидения в действии. АКТА работает! Остается порадоваться за тех, кто впервые встретился с АКТОЙ, но и предупредить: не спешите искать несоответствия устоявшемуся образу психотерапии — не настолько мы ригидны и зашорены, чтобы отвергнуть новое и необычное. Прежде всего не судите АКТУ за директивность — нашим пациентам нужна опора. Не заблуждайтесь на счет АКТЫ, что она жесткая и суровая — там много пространства для радости. Она очищает и облагораживает, обращает человека к жизни простой и разумной. В заключение позволю себе переиначить популярную «Молитву гештальтистов»:

Я — это я, а Ты — это Ты. Мы больше похожи друг на друга и можем соответствовать нашим общим желаниям. Если мы встретились — это прекрасно. Если не получается — этому можно и нужно помочь.

Юлия Власова

ВВЕДЕНИЕ

Аналитико-катартическая терапия (АКТА — *аналитико-катартическая терапия Александра*) сформировалась в результате дальнейшего развития метода патогенетической психотерапии, разработанного В. Н. Мясищевым в 1930—40-е годы XX века при активном участии Е. К. Яковлевой. Патогенетическая психотерапия — это оригинальный вариант конфликт-центрированной психотерапии. Сильная ее сторона — в тяготении к академической психологии, нейрофизиологии и другим научным подходам к изучению человека, слабая же сторона — в недостаточной разработанности ее метода. В значительной степени это связано с историей становления патогенетической психотерапии, которое происходило под влиянием двух ведущих в то время методов психотерапии — рациональной психотерапии П. Дюбуа и Ж. Дежерина и психоанализа.

В. Н. Мясищев отмечал, что несомненная заслуга З. Фрейда заключается в том, что он первый понял значение истории личности в патогенезе невроза. Этот исторический подход к больному, который не предусматривался методом П. Дюбуа, лег в основу патогенетической психотерапии. В то же время патогенетическая психотерапия не могла принять метод свободных ассоциаций, предназначенный для прямого анализа бессознательного, поскольку он был скомпрометирован спекулятивными интерпретациями анализируемого материала (свободных ассоциаций и сновидений), которые исходили из теоретических концепций психоанализа и, в частности, учения о детской сексуальности. Главной техникой патогенетической психотерапии становится метод П. Дюбуа — «беседа-дискуссия», суть которого заключается в том, что врач в беседах с больным путем умело подобранных логичных доказательств заставляет больного отказаться от его неправильных установок. Однако Е. К. Яковлева указывала, что всего полученного в ходе беседы материала еще недостаточно для того, чтобы вскрыть полностью конфликтные переживания больного, а главное, символику навязчивых явлений, и тогда приходится прибегать к таким дополнительным мероприятиям, как метод свободных ассоциаций и разбор сновидений. При этом она подчеркивала, что этим методам, в особенности разбору сновидений, не придается той «специфической окраски, которой овевала их психоаналитическая школа». Так писала о методе патогенетиче-

ской психотерапии Е. К. Яковлева в кандидатской диссертации 1940 года (Яковлева Е. К., 1940). Однако в докторской диссертации на ту же тему в 1958 году уже отсутствует упоминание и о методе свободных ассоциаций, и о разборе сновидений (Яковлева Е. К., 1958).

Эти признания Е. К. Яковлевой говорят нам о том, что создатели патогенетической психотерапии не только знали теорию психоанализа, но и практиковали психоаналитический метод в своей практике, по крайней мере, в 1930-е годы. Это дает основание утверждать, что концепции невроза и психотерапии развивались В. Н. Мясищевым путем *преодоления психоанализа*. Он был искренен, когда писал о том, что «много давшей, но в целом неприемлемой для нас системой психотерапии, явился психоанализ», и ставил задачу «критически преодолеть психоанализ и сформулировать положения теории и практики психотерапии в духе советской психологии и психопатологии» (Мясищев В. Н., 1939). Однако на «Совместной сессии двух академий» (Академии наук СССР и Академии медицинских наук СССР) в 1950 году советская медицина и психиатрия подверглись жесткой критике за недостаточно активное применение учения И. П. Павлова. В связи с этим В. Н. Мясищев приступил к усиленному переводу психогенетической концепции неврозов на рельсы нейродинамической концепции И. П. Павлова. Ситуация изменилась в начале 1960-х годов. На Всесоюзном совещании по философским вопросам физиологии высшей нервной деятельности и психологии в Москве (1963 г.), как об этом рассказывает в своей книге «Неврозы и их лечение» А. М. Свядош (Свядош А. М., 1971), указывалось на положительную сторону трудов З. Фрейда, которые привлекли внимание науки к проблеме бессознательного; были показаны некоторые конкретные проявления «бессознательного»; говорилось о роли конфликтов между «долгом и желанием» в возникновении неврозов; отмечались явления сублимации сексуальной энергии, вытеснения переживаний (лежащие, например, в основе истерических амнезий); был выдвинут принцип аналитической терапии, т. е. лечения путем выявления неосознаваемых больным переживаний.

Понимая, что метод беседы-дискуссии не может соперничать с методом свободных ассоциаций в возможности непосредственного доступа к неосознаваемому («вытесненному») материалу, В. Н. Мясищев, отказываясь от спекулятивных методов психоанализа, стремился к разработке научных экспериментально верифицированных

методов изучения неосознаваемых аспектов психики. В его клинике невротозов широко применялся метод ассоциативного эксперимента с одновременной записью кожно-гальванической реакции на словесные раздражители, эмоционально-значимые для больных. Например, у пациента отмечается удлинение скрытого периода речевой реакции и выраженная кожно-гальваническая реакция на словесные раздражители: «ревизия», «работа», «сердце», «отец». Не надо обладать особой прозорливостью, чтобы, не зная истории этого пациента, связать выявленные «значимые отношения» в патогенетическую цепочку. Однако применяемый метод ассоциативного эксперимента не мог в полной мере восполнить дефицит в доступе к неосознаваемому психологическому содержанию.

Таким образом, для исследования бессознательного патогенетическая психотерапия использовала в основном метод рациональной психотерапии. При этом В. Н. Мясищев писал, что было бы крайне легкомысленным представить себе, что достаточно разъяснить больному природу и симптомы его заболевания в свете павловского учения о невротозах, чтобы добиться его полного выздоровления (Мясищев В. Н., 1960). Смысл патогенетической психотерапии заключается в совместном с больным психогенетическом анализе источников его заболевания, с осознанием больным своих отношений как факторов развития невротоза.

Вольф Лаутербах, написавший в 1978 году книгу «Психотерапия в Советском Союзе» (Lauterbach W., 1978), в которой центральное место отвел описанию и анализу патогенетической психотерапии, размещает метод В. Н. Мясищева на шкале психотерапевтических подходов между рациональной и каузальной психотерапией. И поясняет, что если рациональные психотерапевты объясняют пациентам на доступном для них языке этиологию их расстройств согласно концепции И. П. Павлова и показывают, что они ошибаются в той или иной сфере и должны измениться, то патогенетические психотерапевты не просто объясняют пациентам их нарушения в терминах патогенетической психотерапии. Они являются «рациональными психотерапевтами» лишь постольку, поскольку у них те же цели, но добиваются их путем постепенного осознания пациентом психологических причин своего расстройства (в понимании психогенетической концепции В. Н. Мясищева).

Другим слабым местом патогенетической психотерапии, наряду с ограничением непосредственного доступа к неосознаваемым психологическим содержаниям, является недостаточное использование

ею катартических механизмов психотерапии, точнее, отсутствие технических средств, предназначенных для вызывания катарсиса.

Создатели патогенетической психотерапии постоянно подчеркивали, что процесс осознания должен быть эмоционально насыщенным в своей сущности. Осознание психологических механизмов болезни отнюдь не ограничивается когнитивной сферой (не сводится к так называемому интеллектуальному осознанию): бесполезно разъяснять пациенту психологические причины его расстройства, апеллируя к чистому разуму. Более того, некоторые пациенты догадываются о сути внутреннего противоречия или с легкостью принимают версию невроза, предлагаемую терапевтом, избегая тем самым конфронтации с тяжелыми внутренними переживаниями — истинным источником причин, лежащих в основе заболевания. На абстрактном уровне пациент может рассуждать о своем «трудном характере», создающем проблемы в отношениях с окружающими, объясняя его тяжелыми условиями детства, плохим воспитанием и пр., или вполне резонно объяснять особенности своего поведения «несоответствием между высокими требованиями и возможностями своей личности». В этих случаях «интеллектуальное осознание» следует рассматривать как один из вариантов психологической защиты. Для подлинного понимания психологических механизмов болезни интеллектуальное осознание должно дополняться осознанием эмоциональным. Патогенетическая психотерапия всегда подчеркивала важность того, чтобы психотерапевтический процесс был достаточно эмоционально насыщенным, наполненным переживаниями больного: эмоциональное отреагирование рассматривалось как один из важных механизмов лечебного действия психотерапии.

И если П. Дюбуа (1912) считал, что его метод воздействует исключительно на интеллектуальную сторону личности больного и, по его мнению, все психогенные расстройства являются следствием недостатка *критики*, то другой крупный авторитет в области рациональной психотерапии Ж. Дежерин усматривал центр тяжести психотерапии не столько в рационалистических доводах и убеждении, сколько в непосредственном воздействии на эмоциональную жизнь больного. «Нельзя, — писал Ж. Дежерин, — изменить душевное состояние доказательствами и силлогизмами. Лишь тогда психотерапия бывает эффективной, когда тот, к кому она применяется, целиком, как на исповеди, открывает врачу свою душу, когда он проявляет к нему полное безграничное доверие. Между доводами,

апеллирующими к разуму, и согласием больного с этими доводами наличествует фактор, значение которого неизмеримо велико — чувство. Именно чувство создает ту атмосферу доверия, без которой не может быть психотерапии» (Дежерин Ж., цит. по: Консторум С. И., 1962).

Метод рациональной психотерапии особенно ярко отражался в практической деятельности Е. К. Яковлевой. В своей кандидатской диссертации она писала, что «метод патогенетической психотерапии основан, прежде всего, на развитии у больного объективного критического к себе отношения, что метод не является массовым, он довольно избирателен и пригоден для лечения только тех случаев, когда больные способны разобраться в сложных методах психотерапии. Этому способствуют хороший интеллект и способность больного к критической оценке своих неправильных отношений» (Яковлева Е. К., 1940). Из этого следует, что акцент при работе с пациентом делается в патогенетической психотерапии на убеждении и разубеждении (призыв к разуму) — в силу чего столь важными для достижения успеха в психотерапии становятся логические способности пациента, — а не на преодолении его психологического (эмоционального) сопротивления. В то же время Е. К. Яковлева отмечает, что «больные не без труда уступают свои позиции, иной раз проявляя большое упорство, приводя массу доказательств, подтверждающих, якобы, свою правоту». Упорство преодолевается путем логической и эмоциональной перестройки убеждений больного.

Таким образом, мы видим, что беседа-дискуссия, заменив собою метод свободных ассоциаций, оказалась все же недостаточной для исследования неосознаваемых мотивов, поскольку воздействовала в большей степени на когнитивный компонент отношений (убеждения пациента), не затрагивая в полной мере эмоционального компонента. Патогенетической психотерапии недостает технических средств, предназначенных для приведения в движение или усиление катартических механизмов лечебного действия психотерапии. Конечно, катарсис может происходить и без применения специальных технических приемов, как спонтанное завершение процесса самопознания пациента в процессе проработки сильных эмоционально-насыщенных переживаний. В этих случаях катарсис выступает как один из *механизмов*, или факторов, лечебного действия.

В процессе работы с пациентом психотерапевт *создает условия* для возникновения катарсиса. Здесь многое зависит от личности

АЛЕКСАНДРОВ Артур Александрович

**АНАЛИТИКО-КАТАРТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ
ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ**

2-е издание, переработанное

Учебное пособие

Редактор *Кригель Е. М.*
Корректор *Мешкомаева Л. А.*
Верстка *Илюхиной И. Ю.*

Подписано в печать 13.03.17. Формат 60 × 88¹/₁₆. Печ. л. 15.
Тираж 500 экз. Заказ №

ООО «Издательство "СпецЛит"».
190103, Санкт-Петербург, 10-я Красноармейская ул., 15,
тел./факс: (812) 495-36-09, 495-36-12,
<http://www.speclit.spb.ru>

Отпечатано в типографии «L-PRINT»,
192007, Санкт-Петербург, Лиговский пр., 201, лит. А, пом. 3Н