

А. А. Александров

**АНАЛИТИКО-КАТАРТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ
ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ**

Учебное пособие

Санкт-Петербург
СпецЛит
2014

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;

Ян Олегович Фёдоров — кандидат медицинских наук, тренинговый аналитик и супервизор Европейской конфедерации психоаналитической психотерапии (ЕКПП), вице-президент ЕКПП-Россия, заведующий кафедрой медицинской пропедевтики Восточно-Европейского института психоанализа (СПб)

Александров А. А.

А46 Аналитико-катартическая терапия эмоциональных нарушений: учебное пособие / А. А. Александров. — СПб.: СпецЛит, 2014. — 192 с. — ISBN 978-5-299-00592-9.

В учебном пособии рассматривается краткосрочная модель патогенетической психотерапии, сочетающая каузальный и феноменологический подходы — «аналитико-катартическая терапия Александрова» (АКТА). Модель разработана автором на основе многолетнего практического опыта, осмысленного с позиций современной психотерапии. Психогенетический анализ жизни пациента, его личности и патогенной ситуации дополняется использованием технологий, основанных на катарсисе. АКТА — это диалогический метод, включающий элементы психодрамы, гештальт-терапии и личностно-центрированной терапии К. Роджерса. Рассказы пациента о конфликтных ситуациях трансформируются в действие с непосредственным переживанием «здесь и сейчас». Метод используется как для лечения неврозов, так и для анализа конфликтных отношений здоровых лиц, отягощенных личностными проблемами.

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

УДК 616.8

Оглавление

Предисловие	5
Введение	8
Глава 1. Метод патогенетической психотерапии	21
1.1. Концепция невроза	21
1.2. Процедура проведения психотерапии	24
1.3. Патогенетическая психотерапия как альтернатива психоанализу	32
Глава 2. Основные интегративные элементы аналитико-катартической терапии	45
2.1. Значение личностно-центрированной терапии К. Роджерса	45
2.2. Значение психодраматических методов	49
2.3. Значение гештальт-терапии	51
2.4. Значение концепции незавершенных действий	55
Глава 3. Сравнительный анализ метода аналитико-катартической терапии	59
3.1. Катартический метод Й. Брейера как предтеча психоанализа З. Фрейда	59
3.2. Реконструкция инфантильно-сексуальных переживаний вместо катарсиса	60
3.3. Методы и факторы лечебного действия аналитико-катартической терапии	62
3.3.1. Суггестия	62
3.3.2. Абреакция и катарсис	63
3.3.3. Конфронтация и кларификация вместо интерпретации	69
3.3.4. Кларификация или интерпретация?	70
3.3.5. Проигрывание конфликта вместо «свободного ассоциирования» и «континуума осознания»	72
3.3.6. Перенос и контрперенос	78

Глава 4. Соотношение прошлого и настоящего: различия в подходах	82
4.1. Роль детства в формировании личности и развитии неврозов	82
4.2. Реактивные неврозы и невротические развития	87
4.3. Диагностический психогенетический комплекс	90
Глава 5. Технические процедуры аналитико-катартической терапии	93
5.1. Аналитический метод «беседа-дискуссия»	93
5.2. Катарсис как «взрыв», ведущий к реорганизации отношений	95
5.3. Катартические методы с применением психодраматических техник	105
5.3.1. Принципы и основные приемы «встречи»	105
5.3.2. «Встреча» – диалог между противоречивыми отношениями личности	113
5.3.3. Диалог с другим значимым лицом	117
5.3.4. Техника дублирования или двойника (<i>alter ego</i>) ..	123
5.3.5. Работа с символическим образом «Я»	128
5.3.6. Работа со сновидениями	139
5.4. Формы проведения аналитико-катартической терапии	140
Глава 6. Случаи из практики	143
6.1. Сережа	143
6.2. Давид	162
Заключение	223
Литература	229

ПРЕДИСЛОВИЕ

Для меня как для сотрудника Восточно-Европейского Института Психоанализа было большой честью предложение Артура Александровича Александра написать предисловие к его монографии. Психоанализ оказывает непосредственное влияние на различные стороны психотерапевтической мысли и является развивающийся и видоизменяющейся системой. Одним из проявлений такого видоизменения может, как это ни покажется странным, служить метод аналитико-катартической терапии эмоциональных нарушений, предложенный А. А. Александровым — АКТА. Позвольте пояснить свою мысль. Несмотря на то, что основным видом психотерапии советского периода была гипнотерапия, психоаналитическим идеям удалось закрепиться, в том числе, в виде патогенетической психотерапии В. Н. Мясищева — одной из теоретических основ АКТА. Понятийная система патогенетической психотерапии (позднее: личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии Карвасарского, Исуриной, Ташлыкова) значительно модифицировала теорию и практику психоанализа, но основные психоаналитические идеи — вытеснение, перенос, сопротивление, сублимация и др. — сохранили свою значимость. Можно сказать, что психоаналитические идеи в советский период сохраняли за собой определенную сферу влияния. Положусь на собственный студенческий опыт. Мне посчастливилось в начале 90-х годов обучаться на кафедре психиатрии 1-го Ленинградского медицинского института им. акад. И. П. Павлова (сегодня это СПб Государственный Медицинский университет им. акад. И. П. Павлова). Наши преподаватели были осведомлены в вопросах бессознательного и теории З. Фрейда. Де-юре психоанализа не было, и его не преподавали, но де-факто он все равно был частью клинического мышления, пусть зачастую к нему было и критическое отношение. Наши учителя в середине 50-х годов прошлого столетия прилагали большие усилия, чтобы читать Фрейда и его последователей — правдами и неправдами получали их в закрытых залах библиотек или покупали

за баснословные деньги, сравнимые с ежемесячной зарплатой советского врача. Сейчас, имея возможность свободного общения с коллегами из разных стран и получения образования непосредственно от представителей разных психотерапевтических направлений, мы нередко недооцениваем те основы, которые были заложены в сознании студентов-психологов нашими учителями более полувека назад. В первую очередь — профессиональную любознательность, в противовес догмам и предрассудкам.

Предложение написать предисловие к книге современного психоаналитического психотерапевта — это и важная тенденция последних лет: интеграция различных психотерапевтических подходов. Начальный этап формирования психотерапевтического плюрализма заканчивается вместе с поисками «единственного правильного учения» и ревностным следованием выбранному подходу. Наступает новый этап: интеграции или, как минимум, толерантности к коллегам по цеху. С сожалением стоит признать, что работы для психотерапевта в нашей стране хватит на несколько поколений специалистов. В наших кабинетах мы ежедневно сталкиваемся с символическими, но от этого не менее тяжелыми последствиями социальных катаклизмов: многочисленных войн, лишений, изоляции. Только последнее десятилетие мы живем в атмосфере относительного спокойствия «постоянного кризиса», что формирует новый образ клиента. Пользователь психотерапевтической помощи разнообразен, и у него должен быть выбор. Пусть выбирает клиент: психотерапевтический подход, конкретного специалиста и форму работы. Взаимное обогащение опытом, выработка общих правил взаимодействия психотерапевта и общества на законодательном уровне, формирование профессионального пространства в противовес оккультизму, — это только короткий перечень оснований для профессиональной консолидации.

Метод аналитико-катартической терапии по своей сути интегративен — это «диалогический метод, включающий элементы психодрамы, гештальт-терапии и личностно-центрированной терапии Роджерса», как определяет его суть автор. Не могу здесь не упомянуть, что Фриц Перлз имел семилетнее психоаналитическое образование до того, как основал собственное направление. Да и выпускника Венского университета Якоби Леви Морено трудно подозревать в психоаналитической неосведомленности. Психоанализ интегративен по своей сути и развивается в соответствии с меняющимися запросами общества, в том числе в важнейших вопросах

профессионального тренинга. Основопологающие понятия психоанализа при этом сохранились, однако за более чем столетнюю историю психоанализа трактовались они довольно широко.

Осознание бессознательных процессов, изучение жизни и особенностей личности пациента, использование интерпретации, конфронтации, анализ сопротивления и переноса — все это сближает психоанализ и метод патогенетической психотерапии, и, соответственно, АКТА. Несмотря на то что в аналитико-катартической терапии не используются понятия переноса и контрпереноса, а их место занимают «субъект-субъектные» отношения, их нетрудно обнаружить любому профессиональному психоаналитику как в описании теоретических основ, так и в клинических примерах.

Автор не только дает теоретическое обоснование метода, но и предлагает набор техник и описание случаев из практики. Таким образом, монография может служить практическим руководством для психотерапевтов, которые заинтересованы в использовании данного подхода. Именно таких руководств и не хватает практикующим специалистам. Правда, создать руководство, с помощью которого можно начать и развивать практику, в принципе трудновыполнимая задача, так как, чтобы постичь метод, одной теории и описания случаев недостаточно. Необходим профессиональный тренинг, который, кстати, наиболее разработан в психоаналитическом подходе и включает в себя теорию, практику и компетентный анализ (супервизию) полученного опыта. В любом случае, профессионалам и тем, кто хочет ими стать, необходимы руководства по принципу «как это работает, на чем основана теория и как это делается практически». Монография А. А. Александрова является результатом многолетнего профессионального творчества и богатого клинического опыта и отвечает этим требованиям.

Ян Федоров

ВВЕДЕНИЕ

Аналитико-катартическая терапия (АКТА — *аналитико-катартическая терапия Александрова*) 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 тог-

да 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 патогенетической 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. Свядощ (Свядощ 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 большим 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 неврозов 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 неврозах, 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 невроза.

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 самопо-

знания 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 терапевта, его сочувственного отношения к пациенту, доверительности, умения вызвать пациента на откровенность и самораскрытие. Именно эти качества способствуют спонтанному включению катартических механизмов терапии. Как замечает И. Ялом (2000), «катарсис является частью межличностного процесса: ни на кого и никогда не оказывает стойкого благотворного действия изливание чувств, если оно происходит в пустом чулане». Реальное эмоциональное взаимодействие пациента с терапевтом в процессе психотерапии и рассказ о своем прошлом зачастую вызывают сильные эмоции, сопоставимые с теми, которые возникали в реальной ситуации. Рассказ о прошлом, как отмечает Б. Д. Карвасарский и другие авторы «Психотерапевтической энциклопедии» (Карвасарский Б. Д. [и др.], 2000), может не только спровоцировать сильные актуальные переживания, но и способствовать адекватной и точной их вербализации и осознанию. Здесь опять-таки речь идет о *катартическом потенциале* патогенетической психотерапии, а не о методах его реализации. Не менее важно подчеркнуть, что процесс осознания подчас блокируется пациентом именно путем подавления, «замораживания» эмоциональных компонентов переживания и включения психологических механизмов защиты, прежде всего, рационализации и интеллектуализации, которые иной раз и принимаются за инсайт.

Ярким примером катарсиса как механизма лечебного действия может служить приведенное в монографии Е. К. Яковлевой (1958) письмо пациентки, явившейся апофеозом интенсивного лечения методом патогенетического анализа. В то же время Е. К. Яковлева отмечала, что далеко не все пациенты, подвергнутые патогенетической психотерапии, выздоравливают от невроза. У некоторых отмечается лишь временное улучшение, у других же не удается добиться даже некоторого улучшения. Не связано ли это частично с тем, что патогенетической психотерапии недоставало технической оснащенности приемами «включения» переживаний, приемами вызывания катарсиса?

С начала 1970-х годов патогенетическая психотерапия обрела «второе дыхание» благодаря широкому использованию *групповой*

психотерапии. На основе опыта практической работы и научных исследований были более четко и конкретно сформулированы основные теоретические положения этой психотерапевтической системы, прежде всего, ее цели, задачи и механизмы лечебного действия. В результате на основе патогенетической психотерапии сформировалось новое самостоятельное направление психотерапии — личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия Карвасарского, Исуриной, Ташлыкова (ЛОРП) (Карвасарский Б. Д. [и др.], 2000). Интеграция в патогенетическую психотерапию групповой динамики позволила в несравненно более широком объеме осуществлять реконструкцию нарушенных отношений при неврозах благодаря использованию такого мощного инструмента воздействия на личность пациента, каким является психотерапевтическая группа. Групповой психотерапевтический процесс охватывает не только индивидуальную проблематику пациента в ее непосредственном выражении, но и преломление индивидуальных проблем в реальных отношениях, складывающихся в группе. (Карвасарский Б. Д., Мурзенко В. А., 1974). В системе ЛОРП индивидуальная и групповая ее формы решают общие психотерапевтические задачи (раскрытие и переработку внутреннего конфликта и коррекцию нарушенных отношений личности), используя свою специфику. При этом индивидуальная психотерапия в большей степени ориентирована на исторический (генетический) план личности пациента, но учитывает и реальную ситуацию взаимодействия, а групповая — на межличностные аспекты, но обращается и к историческому плану личности пациента (Карвасарский Б. Д. [и др.], 2000). Однако, несмотря на повышение эффективности психотерапии благодаря включению групповых методов лечения, отмеченные выше недостатки индивидуальной патогенетической психотерапии не были преодолены.

Начиная с 1990-х годов, основываясь на известной пластичности и открытости ЛОРП, создающей предпосылки для использования других психотерапевтических приемов, ее авторы и последователи стремились к разумной интеграции в эту систему принципов и методов гуманистического и когнитивно-бихевиорального направлений современной психотерапии. Результаты этих разработок отражены в сборнике «Интегративные аспекты современной психотерапии», вышедшем в 1992 году под редакцией Б. Д. Карвасарского, Г. Л. Исуриной и В. А. Ташлыкова.

Именно на этом пути формировалась аналитико-катартическая терапия — второе направление, возникшее на основе метода пато-

генетической психотерапии. АКТА возникла из практики использования методов «здесь и сейчас» в процессе групповой психотерапии (а затем и индивидуальной) пациентов отделения неврозов и психотерапии Психоневрологического Института им. В. М. Бехтерева, а также многолетней практики семинаров, мастер-классов и групп, условно называемых группами «личностного роста», проводимых со студентами, психологами и врачами. Первая публикация под названием «Интеграция принципов и методов гештальт-терапии в систему личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии» вошла в состав упомянутого выше сборника (Александров А. А., 1992).

Обобщение более чем двадцатилетнего практического опыта и осмысление его с теоретических позиций современной психотерапии подвели к пониманию того, что разрабатываемая модель психотерапии, которая прежде позиционировалась как «интегративная модель патогенетической психотерапии», может рассматриваться в качестве самостоятельного метода психотерапии, нацеленного на интеграцию когнитивного, эмоционального и поведенческого аспектов отношений у больных неврозами и условно здоровых лиц, отягощённых психологическими проблемами (Александров А. А., 2009). Теоретическим фундаментом аналитико-катартической терапии, так же как и личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии Карвасарского, Исуриной, Ташлыкова, является психология отношений В. Н. Мясищева и разработанная на ее основе концепция невроза. Сам же метод патогенетической психотерапии В. Н. Мясищева, который создавался при активном участии Е. К. Яковлевой и Р. А. Зачевицкого, следует рассматривать в историческом контексте как первоначальную версию психотерапии, основанной на психологии отношений.

В нашу задачу входило создание более доступного для пациентов, более «массового» и эффективного метода психотерапии, к тому же более привлекательного для современных психотерапевтов, на основе патогенетической психотерапии с учетом достижений зарубежной психотерапевтической практики последних десятилетий, в первую очередь методов феноменологического направления и психодрамы. Включение в патогенетическую психотерапию психодраматических техник и элементов гештальт-терапии преобразует ее аналитический метод в аналитико-катартический, что придает ему новое качество. В отличие от патогенетической психотерапии аналитико-катартическая терапия не просто создает *усло-*

вия для «включения» эмоций, полагаясь на спонтанное возникновение катарсиса, она его активно вызывает, целенаправленно используя катартические механизмы. Мы рассматриваем *катарсис* как *осознание*, которое возникает в виде озарения на высоте интенсивного переживания, сопровождаясь снятием психологической защиты с высвобождением подавленных чувств. Этот метод приводит в движение несколько неразрывно связанных между собой лечебных механизмов — абреакцию, кларификацию, «ага-переживание», — которые в свою очередь способствуют вызыванию личностных изменений. Таким образом, катарсис связан не только с осознанием, но и с последующей перестройкой психологических отношений. Аналитико-катартическая терапия не сводит катарсис к эмоциональному отреагированию. В аналитико-катартической терапии катарсис является *психотерапевтической техникой*.

Следует подчеркнуть, что речь идет не об использовании в рамках патогенетической психотерапии методов, заимствованных из других подходов психотерапии, как это часто имеет место при попытках создания «интегративных» моделей. Классическим примером такого эклектического подхода служит известная книга С. Кратохвила «Групповая психотерапия при неврозах» (Kratochvil S., 1978), в которой предлагается на фоне биографических или тематически-ориентированных сеансов в качестве дополнительных проводить сеансы гештальт-терапии, психодрамы, группы встреч и ряд других. Такой вариант групповой психотерапии с легкой руки С. Кратохвила распространился в России. АКТА демонстрирует принципиально иной подход: она предлагает технику, основанную, как и выше перечисленные подходы, на катарсисе (и в этом смысле ее можно называть синтетической), сохраняя при этом свою идентичность. Решение проблемы мы видим не в том, чтобы наводнить патогенетическую психотерапию различными методами и техниками из других подходов, которые воздействовали бы на различные компоненты отношений, пусть даже это и приведет к повышению ее эффективности, а в создании такого метода, который явился бы достойной заменой методу свободных ассоциаций, и именно такого, который обеспечивал бы доступ к неосознаваемым мотивам, с одной стороны, а с другой, не страдал бы основным дефектом этой техники — ее сопряженностью с интерпретациями. Таким методом и является АКТА.

АКТА сочетает в себе два подхода — психодинамический и феноменологический. Главный фокус патогенетической психотера-

пии — вопрос «*почему*». Это каузальный подход. Основная техника патогенетической психотерапии — *беседа-дискуссия*, часто принимающая характер сократического диалога. Цель беседы заключается, прежде всего, в восстановлении в сознании пациента разрозненных (забытых, вытесненных из сознания) связей между фактами, которые «*изобличают*» пациента в сокрытии постыдных для него желаний, стремлений, мотивов, мыслей и чувств. Патогенетический психотерапевт добивается этого с помощью конфронтационных приемов, по возможности стараясь избегать собственных интерпретаций (применяя подчас так называемую осторожную интерпретацию). Пациент при этом, естественно, оказывает сопротивление, включает психологические механизмы защиты. В обстановке принятия, сочувствия и поддержки со стороны психотерапевта под давлением «суровой логики фактов» механизмы защиты ослабевают, что приводит к изменению в сознании (инсайту, катарсису). В патогенетической психотерапии, таким образом, катарсис выступает как один из механизмов лечебного действия, является своего рода «*побочным эффектом*», следствием психотерапевтических приемов, используемых патогенетическим психотерапевтом, и не в последнюю очередь действия неспецифических факторов психотерапии.

В патогенетической психотерапии вопросы защиты и сопротивления ни в теоретическом, ни в практическом аспектах не акцентировались. Хотя в процессе психотерапии врачу, конечно же, приходилось бороться с сопротивлением пациента, тем не менее главная задача патогенетической психотерапии — осознание — не связывалась с преодолением психологической защиты. В этом вопросе патогенетические психотерапевты руководствовались буквально цитатой из И. П. Павлова (Павлов И. П., 1949, цит. по: Карвасарский Б. Д., 2000), в которой указана цель психотерапии: «Врачу надлежит отыскать вместе с больным или помимо него, даже при его сопротивлении, среди хаоса жизненных отношений те разом или медленно действовавшие условия и обстоятельства, с которыми может быть с правом связано происхождение болезненного отклонения, происхождение невроза». Это указание И. П. Павлова несравненно ценно, поскольку вскрывает сущность невроза, однако содержащиеся в нем рекомендации приходят в противоречие с позициями современной психотерапии: помимо больного, а тем более вопреки его сопротивлению, можно понять сущность его болезни, но не помочь ему в ее преодолении.

Подход АКТА — каузально-феноменологический. АКТА утверждает, что главная цель — осознание — решается при помощи снятия защиты и сопротивления. Хорошо известен афоризм Ф. Перлза: «**Что и как важнее, тем почему**». Он нуждается в толковании. Традиционный (психодинамический) подход утверждает, что если пациент осознает причину своего симптома, то последний исчезает, поскольку необходимость в защите отпадает. Феноменологический же подход в лице Ф. Перлза (Perls F., 1969) утверждает: если снять защиту, то исчезает симптом — стало быть, знание причины менее важно. В процессе психотерапевтического сеанса терапевт наблюдает, *что* делает пациент для избегания осознания и *как* он это делает, другими словами, *как* на вербальном и невербальном (на «языке тела») уровнях выражается его сопротивление. Гештальт-терапевт конфронтует пациента с этими проявлениями психологической защиты (проекцией, интроекцией, ретрофлексией и др.), добиваясь снятия защиты и наступления осознания.

Эти идеи Ф. Перлза важны для нас в той степени, в какой они акцентируют внимание терапевта на феноменах защиты и сопротивления. Данные феномены наиболее ярко проявляются в ситуации «сейчас» в процессе использования психодраматических техник.

В контексте психотерапии следует различать *переживание* как продолжительный и в значительной степени неосознаваемый психический процесс и его завершение в виде *ага-переживания* как внезапного (в виде озарения) осознания сущности психологической проблемы. Сбор анамнеза в процессе бесед-дискуссий с анализом жизни, личности и патогенной ситуации пациента можно рассматривать отчасти как подготовительный этап психотерапии — этап количественного накопления информации, необходимой для изменений, как подготовку к качественному прорыву на более высокий уровень самосознания. На этом «фоне» в виде «фигур» применяются катартические техники, приводящие к ага-переживанию. В этих беседах затрагиваются болезненные точки, конфронтация пациента с которыми приводит к актуализации переживаний и интенсивной интроспекции. Пациенту не разъясняют, в чем суть его проблемы, ему лишь указывают на эти болезненные точки. Он близок к осознанию, но еще полон внутренних противоречий, сомнений, еще сопротивляется, цепляясь за уже пошатнувшийся и надтреснутый образ своего «Я»; он в смятении, нерешительности, подавлен — одним словом, испытывает состояние глубокого душевного кризиса. Применяемые на этом фоне

катартические техники действуют подобно шокотерапии, однако «прорыв» к новому восприятию реальности возможен лишь при условии достижения необходимой степени «зрелости» пациента. «Бесполезно трясти дерево, пока плод не созрел». Более или менее длительный подготовительный этап призван способствовать процессу «созревания».

Суть катартической техники состоит не в том, чтобы вызвать сильные душевные волнения путем проигрывания *конфликтных ситуаций* из прошлого или настоящего — если бы ставилась такая задача, то трудно было бы рассчитывать на большее, нежели эмоциональное отреагирование, — а в том, чтобы осознать *внутренний конфликт* через его проигрывание: психодрама разыгрывается не в межличностной плоскости отношений, а сугубо в интрапсихической. Эта монодраматическая техника называется «встречей» (энкаунтер). Под «встречей» понимается столкновение противоречивых отношений личности — двух составляющих внутреннего конфликта, одна из которых не осознается протагонистом в силу его сопротивления. Если применять язык гештальт-психологии, то эта неосознаваемая часть конфликта находится в области фона; ее необходимо переместить в область фигуры, другими словами «заметить» ее. Однако проблема состоит в том, что протагонист активно не желает замечать очевидное («слепое пятно»), всячески уклоняется от признания наличия у себя неприемлемых для образа его «Я» тенденций, прибегая к различного рода механизмам психологической защиты. И дело здесь вовсе не в недостатке логических или критических способностей: осознанию препятствует аффективная переработка конфликта, логика уступает напору сильных эмоций. «Встреча» — это еще и взаимодействие терапевта и протагониста (пациента). Терапевт подготавливает эту встречу и проводит ее — все находится под его контролем. Терапевт замечает очевидное противоречие, он видит «слепое пятно» (в чужом глазу...) или, по меньшей мере, различает размытые контуры просвечивающей сквозь фон фигуры. Его задача — помочь пациенту, различить четкие очертания, переместить фигуру в область ясного восприятия. С этой целью терапевт принимает на себя роль режиссера, применяя конфронтационную технику «диалог-встреча»: протагонисту предлагается провести диалог между конфликтующими сторонами своей личности, поочередно отождествляясь с каждой из них. Именно благодаря процессу отождествления протагониста с отвергаемой стороной конфликта она становится зримой для пациента,

доступной для осознания. Диалог, как правило, начинается весьма вяло, но постепенно, благодаря действиям терапевта, направленным на обострение конфликта и преодоление сопротивления protagonista, противоречивые тенденции личности вступают в борьбу, конфликт обостряется, диалог приобретает характер безжалостного по отношению к себе, предельно откровенного разговора о подлинных чувствах и желаниях. Обостренный до предела конфликт разрешается «взрывом» — внезапным осознанием и последующей коррекцией нарушенного отношения. Весь пафос АКТА состоит именно в этой технике, что качественно отличает ее от техники патогенетической психотерапии, при которой беседа-дискуссия ограничивается исключительно диалогом между пациентом и терапевтом. Именно это обстоятельство дает основание заявлять об АКТА как самостоятельном методе психотерапии, развившемся на теоретическом фундаменте психологии отношений В. Н. Мясищева.

При проведении патогенетического анализа понимание большим причины развития у него заболевания часто достигалось за счет удлинения сроков лечения, а также применения «осторожной» (в виде *предположения*) интерпретации. При аналитико-катартической терапии, целенаправленно используя катартические механизмы лечебного действия с помощью специально предназначенных для этого технических приемов, добиваются сокращения сроков лечения, не прибегая при этом к интерпретации.

Если патогенетическая психотерапия предназначалась сугубо для лечения неврозов, что подчеркивалось и в ее названии — «патогенетическая психотерапия неврозов», то аналитико-катартическая терапия, благодаря наличию в ее арсенале диалогического психодраматического метода, в большей степени предназначенного для анализа системы отношений пациентов, нежели для установления связи невротического симптома с патогенной ситуацией, может быть использована и в тех случаях, при которых отсутствуют классические невротические симптомы, а также в психологическом консультировании лиц, отягощенных теми или иными личностными проблемами.

ГЛАВА 1

МЕТОД ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

Аналитико-катартическая терапия, возникшая на основе психологии отношений и концепции невроза В. Н. Мясищева, сохраняя преимущество по отношению к методу патогенетической психотерапии и, соответственно, личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии Карвасарского, Исуриной, Ташлыкова, вместе с тем заявляет о себе как о самостоятельном методе психотерапии. В связи с этим возникает необходимость в обзоре основных положений патогенетической психотерапии и анализе ее метода в сопоставлении с методом аналитико-катартической терапии.

1.1. Концепция невроза

Основные положения патогенетической психотерапии были сформулированы на основе «психологии отношений» В. Н. Мясищевым в 30–40-е годы прошлого века. Главная характеристика личности, по В. Н. Мясищеву (1960), – система ее отношений с окружающей социальной средой, прежде всего, отношений с людьми, формирующихся в онтогенезе в определенных социально-исторических, экономических и бытовых условиях на базе физиологической деятельности мозга. Отношения характеризуют степень интереса, интенсивность эмоций, желания и потребности, поэтому они и являются движущей силой личности.

Психология отношений, являясь специфической концепцией личности, имеет существенное значение при исследовании проблем нормального и патологического формирования личности, происхождения болезней и механизмов их развития, особенностей их клинических проявлений, лечения и предупреждения.

Александров Артур Александрович

**АНАЛИТИКО-КАТАРТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ
ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ**

Учебное пособие

Редактор *Кригель Е. М.*
Корректор *Мешкамаева Л. А.*
Верстка *Рельевой Н. Н.*

Подписано в печать 21.11.13. Формат 60 × 88¹/₁₆. Печ. л. 14,5.
Усл. печ. л. 14,5. Тираж 1000 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

ISBN 978-5-299-00592-9



9 785299 005929 >