А. А. Александров

АНАЛИТИКО-КАТАРТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ

Учебное пособие

Санкт-Петербург
СпецЛит

Артур Александров

Аналитико-катартическая терапия эмоциональных нарушений

«СпецЛит»

2017

УДК 616.8

Александров А. А.

Аналитико-катартическая терапия эмоциональных нарушений / А. А. Александров — «СпецЛит», 2017

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 имагинативной 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

© Александров А. А., 2017
© СпецЛит, 2017

Содержание

Предисловие 6
Введение 11
Глава 1 19
1.1. Концепция невроза 20
1.2. Процедура проведения психотерапии 22
1.3. Патогенетическая психотерапия как альтернатива психоанализу 28
Глава 2 36
2.1. Значение личностно-центрированной терапии К. Роджерса 37
2.2. Значение психодраматических методов 40
2.3. Значение гештальт-терапии 42
Конец ознакомительного фрагмента. 44

Артур Александрович Александров Аналитико-катартическая терапия эмоциональных нарушений

© ООО «Издательство “СпецЛит“», 2017

* * *

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 нахватали, 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, человечным, 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 – заказ-

чиком 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 АКТЫ, не указав на некоторую суетливость, бессмысленность и искусственность сегодняшней психотерапии? Про эффективность предпочту хранить молчание. Настало время АКТЫ – 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 АКТЫ 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-инсайтно-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 Дублю 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 АКТУ триадрамой – три действующих роли на сцене АКТЫ. Не думаю, что сильно преувеличу, если назову Дубля-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, пытаясь 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 оставлю 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-роджериански 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 выполнят 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 несо-

ответствия 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 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 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 овеяла 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 вни-

мание 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 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 воспита-

нием 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 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 излияние 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, явившееся 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 разу мной интеграции в эту систему принципов и методов гуманистического и когнитивно-бихевиорального направлений современной психотерапии. Результаты этих разработок отражены в сборнике «Интегративные аспекты современной психотера-

пии», вышедшем в 1992 году под редакцией Б. Д. Карвасарсарского, Г. Л. Исуриной и В. А. Ташлыкова.

Именно на этом пути формировалась аналитико-катартическая терапия – второе направление, возникшее на основе метода патогенетической 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 Зачепицкого, 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 *условия* для «включения» эмоций, полагаясь на спонтанное возникновение катарсиса, она его активно вызывает, целенаправленно используя катартические механизмы. Мы рассматриваем *катарси*с 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 лег-

кой 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 психотерапии – 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, чем **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 конфронтирует пациента с этими проявлениями психо-

логической 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 протагониста, 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 больным 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 преемственность 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.

Согласно этой концепции, невроз рассматривается как глобальное личностное расстройство, в основе которого лежит нарушение особо значимых для личности отношений. В соответствии с этим были сформулированы и основные задачи психотерапии при неврозах, заключающиеся в психологической коррекции личности, в реконструкции и восстановлении нарушенной системы отношений больного неврозом. Основой для такой коррекции служит осознание пациентом особенностей своей системы отношений, осознание этиопатогенетических механизмов невротического расстройства и причинно-следственных связей между особенностями системы отношений, поведением и заболеванием. Это означает, что основным механизмом лечебного действия патогенетической психотерапии при неврозах является конфронтация пациента со своими собственными проблемами, отношениями, конфликтами, трудными ситуациями, что и способствует процессу осознания. Именно поэтому в качестве основного вида нарушений отношений В. Н. Мясищев рассматривал нарушение такой характеристики отношения как осознанность (Исурина Г. Л., Карвасарский Б. Д., Ташлыков В. А., 1994).

Как показали дальнейшие исследования, в основе нарушения системы отношений лежит неадекватное отношение к себе и связанная с ним самооценка. Преобладание в этих отношениях аффективно неблагоприятной оценки, сочетающееся с недостаточной их осознанностью, влечет за собой нарушение регулятивной функции, вследствие чего отдельное отношение и система отношений в целом не могут выступать в качестве адекватного регулятора поведения. В общем виде на последующем этапе развития патогенетической психотерапии – этапе личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии – ее задачи стали фокусироваться на трех составляющих самосознания: самопонимании, отношении к себе и саморегуляции (Исурина Г. Л., Карвасарский Б. Д., Ташлыков В. А., 1994).

Патогенной основой различных форм неврозов, согласно представлениям В. Н. Мясищева, являются противоречия в тенденциях и возможностях личности, с одной стороны, и требованиях и возможностях, которые ей предъявляет действительность, – с другой. Невротические расстройства могут возникать в тех случаях, когда жизненные обстоятельства затрагивают обобщенные, особо значимые, эмоционально насыщенные отношения личности, занимающие центральное место в системе ее отношений к действительности. Индивидуальные особенности таких отношений обусловливают ее невыносливость в той или иной ситуации.

В. Н. Мясищевым и его сотрудниками были уточнены типичные черты личности, предрасполагающие к различным формам неврозов: почвой для истерии служит столкновение стремлений эгоцентрической личности с требованиями действительности; неврастения развивается при непосильных требованиях личности к себе, не противоречащих общественным нормам; невроз навязчивых состояний возникает у личности, не способной разрешить свои

внутренние противоречия, обычно в ситуации, требующей выбора в вопросах этики. В каждом конкретном случае патогенное противоречие имеет индивидуальное, конкретное содержание, выявление которого очень важно для психотерапии.

Излагая концепцию невроза, В. Н. Мясищев делает следующее обобщение: невроз – это психогенное заболевание, в основе которого лежит неудачно, нерационально и непродуктивно разрешаемое личностью противоречие между нею и значимыми для нее сторонами действительности, вызывающее болезненно тягостные для нее переживания неудачи в жизненной борьбе, неудовлетворения потребностей, недостигнутой цели, невосполнимой потери. Неумение найти рациональный и продуктивный выход из возникшего противоречия влечет за собой психическую и физиологическую дезорганизацию личности. В. Н. Мясищев (1939) подчеркивает, что противоречие само по себе не создает невроза; необходимым условием является нерациональное и непродуктивное его разрешение, субъективный, иррациональный, связанный с повышением аффективности способ переработки. Аффективное напряжение в свою очередь не представляет еще невроза, но тогда, когда оно дезорганизует психическую и соматическую деятельность, мы имеем дело с болезнью – с неврозом.

Положения психологии отношений и концепции невроза В. Н. Мясищева являются базовыми для аналитико-катартической терапии. В АКТА катарсис выступает как метод, запускающий механизмы, направленные на коррекцию нарушенных отношений личности, воздействуя одновременно на все элементы трехчленной структуры отношения – когнитивный, эмоциональный и поведенческий. Применяя известную метафору, можно сказать, что этот метод подходит для целей реконструкции нарушенной системы отношений как «ключ к замку»: адресуясь к внутренним противоречиям, обостряя и сталкивая их, он приводит к осознанию прежде неосознаваемых аспектов личности и их интеграции, что, собственно, и лежит в основе коррекции нарушенных отношений.

1.2. Процедура проведения психотерапии

Кроме общих рекомендаций по проведению патогенетической психотерапии в нашей литературе отсутствовало сколько-нибудь детальное описание ее процедуры. Одна такая попытка была предпринята в свое время А. Я. Страумитом, учеником В. Н. Мясищева, однако, к сожалению, в то время (1976 год) написанные им методические рекомендации «Патогенетическая психотерапия неврозов с функциональными нарушениями сердечной деятельности» не были опубликованы. Эти рекомендации, в переработанном и сокращенном виде, приводились нами в предыдущих публикациях, в частности, в книге «Интегративная психотерапия» (Александров А. А., 2009). Здесь же приведем лишь отдельные эпизоды из сеансов патогенетической психотерапии, проводимых А. Я. Страумитом, в которых ярко раскрывается сущность и техника метода. Это даст нам возможность сопоставить метод аналитико-катартической терапии, многочисленные примеры которого приведены в книге, с методом патогенетической психотерапии.

Пациентка Т. Диагноз: неврастения с тахикардиальным синдромом и кардиофобией в форме навязчивых идей. При поступлении в клинику отрицала связь своего заболевания с психогенией и считала, что его основной причиной является грипп, осложнивший течение гипертонической болезни. Однако проведенное соматическое обследование не подтвердило наличие гипертонии. В то же время в результате психогенетического анализа было установлено, что, являясь одинокой пожилой женщиной, она уже много лет и крайне тяжело переживала свою личную неустроенность. После соответствующего разъяснения пациентка принципиально согласилась с тем, что она страдает не гипертонией, а неврозом, и что последний мог возникнуть вследствие именно этих переживаний. Но ее согласие было неустойчивым. Одновременно она высказывала сомнение: «Все-таки непонятно, своим одиночеством я мучилась уже давно, но ничего – была здоровой. Заболела же я только после гриппа». Тогда состоялась следующая беседа (Страумит А. Я., 1976, цит. по: Lauterbach W., 1978).

Терапевт. Два дня назад вы рассказали, что в момент заболевания гриппом из-за возникшей физической слабости вы не могли сами вызвать врача, хотели попросить это сделать соседей, но их не оказалось дома.

Пациентка. Да, так это и было.

Терапевт. Но соседи, видимо, должны были скоро прийти?

Пациентка. В том-то и дело, что нет. Это был воскресный день, и они уехали на дачу. Если бы они должны были скоро вернуться, я бы не испугалась.

Терапевт. А чего конкретно вы испугались?

Пациентка. Своего физического состояния, конечно. Температура, слабость, голова болит… Потом у меня до этого никогда не было таких сердцебиений.

Терапевт. Но вы только что сказали, что если бы соседи быстро вернулись, вы бы не испугались. Значит, одного плохого физического самочувствия было для испуга мало.

Пациентка. Но ведь это же понятно. Когда плохо себя чувствуешь, да еще никого нет вокруг и некого попросить о помощи, так испугаешься вдвойне.

Терапевт. Я согласен с вами, но ведь вы в течение многих лет жили одна и в какой-то мере привыкли к одиночеству?

Пациентка. Привыкла, конечно… Хотя к этому привыкнуть очень трудно… Потом я вспомнила, что у меня находили гипертонию.

Терапевт. Вы вспомнили об этом в момент испуга?

Пациентка. Да, а ведь это заболевание прогрессирующее. Кто знает, чем оно может кончиться!? Я уже не молодая… еще два-три года и жди чего-нибудь вроде инфаркта!

Терапевт. Эти мысли вам тоже пришли в голову в тот момент?

Пациентка. Да… Я сейчас вспомнила, что даже представила себе тогда, как я умираю, а рядом ни одной родной души… Даже заплакала…

Терапевт. Нельзя ли все-таки предположить, что вот именно эти переживания, очень трудное положение одинокой женщины, а не грипп, вызвали ваше заболевание?

Пациентка. Не знаю… Может быть, вы и правы.

Пациентка Г. Диагноз: истерия с кардиалгическим синдромом и кардиофобией в форме навязчивых идей. Признав, что причиной невроза у нее является сложная семейная ситуация, основную вину за ее создание возложила на мужа. При систематизации своих многочисленных претензий в его адрес по степени их субъективной значимости к наиболее раздражающим ее качествам отнесла: ограниченность интересов мужа, его эгоистичность, грубость и бестактность, отсутствие у него «культурного лоска» и «интеллигентности в поведении».

При такой же группировке положительных условий ее жизни на первое место поместила хорошее материальное положение (высокую заработную плату мужа и хорошую квартиру), а затем «в общем неплохой характер» мужа (он хороший семьянин, очень ей предан, не пьет и не имеет других интересов на стороне).

При оценке различных сторон собственной личности пациентка в числе отрицательных черт указала на недостаточную силу воли и трусливость, приводящую к нерешительности во взаимоотношениях с мужем, и на завистливость, заставляющую ее все время мучиться сравнениями своей неудачной семьи с удачными. В ряду же своих положительных качеств она упомянула честность и сдержанность, позволяющие ей объективно относиться к мужу и не только не говорить о его недостатках окружающим, но даже стараться «подать» его в лучшем виде.

В результате беседы с мужем выяснилось, что он никак не может быть отнесен к разряду людей с ограниченными интересами. В поведении же его действительно сквозила прямодушная грубоватость, но в сочетании с мягкой доброжелательностью. Он сообщил, что его очень волнует холодность жены: она никогда не приласкается к нему; когда же он пытается это делать, она отстраняет его. Кроме того, он рассказал, что супруга категорически не хочет иметь ребенка, а это его очень обижает.

Наблюдение за поведением пациентки в клинике показало, что она весьма эгоистична, ни с кем не делится, ленива – с неохотой участвует в работах по самообслуживанию, в то же время активно участвует в различных развлечениях, любит бывать в обществе мужчин и симпатизирует наиболее интеллигентным из них.

Во время бесед, направленных на выяснение ее оценок отрицательных и положительных сторон ее жизни и собственной личности, пациентка стремилась избегать точных и конкретных формулировок, обо всем говорила туманно и расплывчато, не проявляла ни малейшей заинтересованности в их самокритическом сопоставлении и обсуждении. Она неустанно повторяла лишь одно, что причиной всех ее болезненных переживаний является грубый и бестактный муж. В этой обстановке было принято решение использовать прием конфронтации. Здесь приводится лишь конечная часть беседы (Страумит А. Я., 1976, цит. по Lauterbach W., 1978).

Терапевт. Вы утверждаете, что к вам очень плохо относится муж и что в этом заключается главная причина вашей неудачной семейной жизни и возникшего заболевания. Однако в то же время вы рассказали, что он хороший семьянин и очень предан вам. Скажите, пожалуйста, как объяснить это противоречие?

Пациентка. Я не помню, чтобы говорила, что он хороший семьянин.

Терапевт. Вы рассказали об этом три дня назад, когда я попросил сформулировать положительные черты его характера. Вот перечень этих черт, записанных мною с ваших слов для памяти.

Пациентка. Значит, вы меня не так поняли. Он хороший семьянин в том смысле, что хороший хозяин… этого у него не отнять. А предан он мне… ну, как собственник любимой вещи. Это его вещь – и он ее никому не отдаст. Только сам будет пользоваться.

Терапевт. На меня ваш муж впечатления такого собственника не произвел. Он очень симпатичный, доброжелательный и приятный человек. **Пациентка.** Это только издали, а вблизи он совершенно другой. Вы обманулись, так же как и я в свое время… Он очень эгоистичен.

Терапевт. В чем же проявляется его эгоистичность?

Пациентка. Да во всем… Он, например, совершенно не считается со мной. Как с женщиной.

Терапевт. Вы имеете в виду близкие отношения?

Пациентка. Хотя бы.

Терапевт. И как же часто он не считается с вами как с женщиной?

Пациентка. Да все время.

Терапевт. Что такое все время? Каждый день?

Пациентка. Может быть, и каждый день.

Терапевт. И вам приходится отказывать ему в близости?

Пациентка. А что же мне остается делать?

Терапевт. Вам не кажется, что в таком случае вы сами совершенно не считаетесь с ним как с мужчиной?

Пациентка. Но он же абсолютно не бережет меня! А аборты мне ни к чему!

Терапевт. А почему вы не хотите иметь ребенка?

Пациентка. Я думаю, что нам иметь его еще рано.

Терапевт. То есть вы считаете, что пока преждевременно связывать себя ребенком?

Пациентка. Конечно.

Терапевт. Иными словами, вы предполагаете возможность развода с мужем?

Пациентка. С таким человеком очень трудно жить.

Терапевт. И давно вы его не любите?

Пациентка. Я не говорила вам, что не люблю его.

Терапевт. Но это и так видно. Припомните: вы не хотели выходить за него замуж. С первого дня начали отказывать ему в близости. Не хотите иметь от него ребенка. Отрицательно характеризуете его как человека. Предполагаете вероятность развода. В то же время завидуете счастливым семьям, охотно знакомитесь с другими мужчинами. Разве все эти действия можно назвать иначе, чем нелюбовь к мужу?

Пациентка. Хорошо, допустим, я его действительно не люблю. Но ведь не я же в этом виновата?! Если бы он иначе вел себя, я, может быть, и любила бы его!

Терапевт. Это очень важный вопрос, но его лучше обсудить позже. Сейчас же вам необходимо прийти к какому-то определенному выводу относительно ваших чувств к мужу.

Пациентка. В таком случае считайте, что я разочаровалась в нем.

Терапевт. Тогда я хотел бы спросить вас о следующем. В числе положительных черт своего характера вы упомянули честность. Но если вы честный человек и не любите своего мужа, то почему вы честно не скажете ему об этом?

Пациентка. Это было бы для него психотравмой… Он же, пусть по-своему, но любит меня!

Терапевт. Но вы бы так или иначе нанесли ее, когда бы стали с ним разводиться. Для чего же вы откладываете с ним откровенный разговор? **Пациентка.** Если я сейчас ему об этом скажу, значит, сразу же нужно рвать с ним отношения, а куда я денусь?

Терапевт. Останетесь на месте, пока не разменяете квартиру мужа, или же переедете к матери.

Пациентка. Но ведь отец умер, а мама на пенсии!

Терапевт. А при чем тут пенсия?

Пациентка. Ведь жить-то на что-то надо? Я получаю не так уж много… Маме же после смерти отца мы с мужем всегда помогали.

Терапевт. Если я вас правильно понял, вам не хочется терять того материального комфорта, который вы сейчас имеете?

Пациентка. И не хочется… и хочется. Здесь все так перепутано… Я не могу этого объяснить.

Терапевт. Но все же объяснить это надо.

Пациентка. Мне кажется, что дело здесь не только в материальном достатке… Я сейчас подумала, что главная трудность, пожалуй, состоит в том, что я до сих пор не могу твердо сказать – люблю или не люблю я своего мужа. Не буду скрывать, он всегда мне очень нравился внешне. И, наверное, характер у него в целом не такой уж плохой. Но я, видимо, так воспитана, что всего этого мне мало… Ко мне нужен еще какой-то особый подход как к женщине. А у него такого подхода нет и не было – и мои чувства к нему с самого начала заморозились. Возможно, именно поэтому я все время колебалась – уйти от него или нет. Ну, а материальный достаток еще больше препятствовал такому уходу. Он для меня привычен, и в этой неразберихе терять я его, конечно, не хотела.

Автор заключает, что приведенный пример, иллюстрируя процесс конфронтации, одновременно наглядно показывает, что важнейшим итогом осознания подлинных причин и механизмов невроза должно являться не формальное согласие пациента с травматичностью тех или иных внешних влияний или с неправильностью ряда своих отношений к внешней действительности, а вскрытие и уяснение существа лежащих в основе патогенного жизненного конфликта напряженных противоречий между своей личностью и ее окружением. Эти тенденции, вследствие своей противоположной направленности, блокируют друг друга и поэтому не могут рациональным образом разрешиться.

Далее автором обсуждается вопрос о решении конфликта. Поскольку патогенная жизненная ситуация является одним из самых важных факторов в генезе невротических расстройств, то одной из главных задач психотерапевта является помощь пациенту в решении этой трудной жизненной ситуации. Продуктивное разрешение патогенной ситуации многие психотерапевты ставят в зависимость от нахождения рационального выхода из нее. Воплощение в жизнь найденного рационального выхода начинается в процессе психотерапии, а завершается позже – за пределами психотерапевтической среды, в процессе социально-трудовой реадаптации.

Приступая к нахождению рационального выхода, терапевт должен отдавать себе отчет в том, что это такое. Очень редко одни только внешние обстоятельства ответственны за возникновение проблематичной ситуации. Так же редко причины конфликта лежат только в личности пациента. Почти всегда виноваты обе стороны: и неправильное отношение к пациенту социального окружения, и неправильное отношение пациента к его окружению (хотя не ясно, какая из сторон вносит больший вклад в возникновение конфликта). А отсюда следует, что рациональным можно считать лишь такой выход из патогенной жизненной ситуации, который осуществляется не за счет односторонних уступок только социальной среды или только самого пациента, а за счет уступок взаимных, эквивалентных справедливым требованиям друг к другу, и который в равной мере удовлетворяет все участвующие в конфликте стороны. Иными словами, рациональный выход есть идеальный компромисс.

Начинать эту работу следует с постановки и обсуждения вопроса о том, какие из лежащих в основе данного конфликта взаимных претензий пациента и его социального окружения являются объективно справедливыми (и в принципе должны были бы быть удовлетворены) и какие – объективно несправедливыми (и в принципе должны были бы быть отвергнуты). При обсуждении этого вопроса терапевт занимает абсолютно нейтральную позицию и руководствуется в качестве критерия не своими личными симпатиями и антипатиями, а только, с одной стороны, общепринятыми нормами и правилами общежития, а с другой – оценкой имеющихся

у пациента реальных и потенциальных возможностей жить в соответствии с этими правилами. После этого решается вопрос, какие из справедливых требований пациента к своему окружению могут быть реально удовлетворены, а какие не могут или имеют крайне неясные и проблематичные перспективы.

Только теперь терапевт может приступить к непосредственной работе с пациентом – к совместному с ним поиску рационального выхода. При этом терапевт ни в коем случае не должен директивно навязывать пациенту свое мнение. Пациент должен критически взвесить все «за» и «против» в отношении каждого возможного варианта разрешения патогенной ситуации и выбрать наиболее оптимальный из них. Такой выбор представляет для пациента крайне трудное дело. Поэтому, даже в лучшем случае (при относительной несложности конфликтной ситуации), он, за редкими исключениями, приходит к нему не сразу, а поэтапно. Вначале, ориентируясь на свои прошлые бесплодные метания в поисках выхода, пациент вообще отрицает его возможность. Затем он пытается настоять на полярных, взаимоисключающих друг друга решениях типа «или-или», влекущих за собой удовлетворение одних требований при резком возрастании неудовлетворенности других. Потом он начинает находить возможности частичного решения своих проблем, у него обнаруживается мозаичность согласий и несогласий с их отдельными аспектами. И лишь впоследствии наметившийся частичный компромисс начинает постепенно расширяться и приближаться к полному. Только в итоге напряженных и порой мучительных размышлений находится такой вектор поведения, который соответствует всем справедливым требованиям пациента к своему окружению и окружения к нему.

Что касается работы с пациенткой Г., то поначалу она также никакого рационального выхода из приведшей к неврозу семейной конфликтной ситуации не находила: «Навеки попала в кабалу к грубому собственнику». Затем высказала такие исключающие друг друга возможности ее разрешения: или муж круто изменит к ней свое отношение (станет не грубым, а деликатным, будет тактично вести себя с ней как с женщиной, перестанет требовать рождения ребенка), или она разведется с ним. Потом, решив, что реальных шансов вступить в повторный брак и к тому же с «идеальным» человеком у нее не имеется, что материально она одна хорошо обеспечить себя и мать не сумеет и что у мужа все же есть ряд достоинств, пациентка стала склоняться к мысли, что сможет попытаться привыкнуть к нему, если он не будет настаивать на немедленном рождении ребенка. И только после этого пациентка постепенно подошла к выводу, что хотя мужу и действительно следует более тонко относиться к ней, однако воспитание в нем такой тонкости серьезно блокируется его неверием в ее любовь; наиболее же полным проявлением ее любви к нему было бы рождение желанного для него ребенка (Страумит А. Я., 1976, цит. по: Lauterbach W., 1978).

Анализ приведенных случаев из практики психогенетического психотерапевта А. Я. Страумита позволяет сделать следующие обобщения. Первое обобщение касается самой сущности метода. Патогенетическая психотерапия – это конфронтационный метод психотерапии, использующий технические приемы рациональной психотерапии: убеждение, разубеждение, сократический диалог, дискуссию. Она проводится, как и рациональная психотерапия П. Дюбуа, в форме беседы-дискуссии – диалога между психотерапевтом и пациентом. Осознания конфликта терапевт добивается сугубо рациональным способом, апеллируя к фактам и логике пациента. Иррациональные моменты не учитываются. Беседе недостает спонтанности и непосредственного выражения чувств и установок пациентов, катартические факторы (механизмы) психотерапии задействованы в слабой степени. В первом случае (пациентка Т.) идет скорее разговор о переживаниях пациентки, нежели работа с ее переживаниями, эмоциональная вовлеченность пациентки низкая, отсюда и довольно вялая, скорее уступчивая ее реакция: «Не знаю, может быть, вы и правы». Во втором примере пациентка постепенно, без признаков внезапного осознания, сопровождаемого катартическим (очищающим) эффектом, следуя логике терапевта и соглашаясь с ним, подходит к пониманию, а затем решению конфликта. Вто-

рое обобщение касается скорее стиля работы психотерапевта, в котором, конечно же, отражаются и теоретико-методические установки патогенетической психотерапии, а именно ее директивность. Психотерапевт главные задачи психотерапии видит в оказании помощи пациенту в осмыслении трудной жизненной ситуации, в совместном с пациентом поиске рационального выхода из нее.

Аналитико-катартическая терапия, сохраняя в своем арсенале метод беседы-дискуссии, прибегает к нему, прежде всего, в целях раскрытия психогенеза симптома, установления его связи с психогенной ситуацией путем сопоставления событий в жизни пациента с характером его реакций на них (как это показано А. Я. Страумитом на примере пациентки Т.). В этих случаях (в случаях «реактивных неврозов» по В. Н. Мясищеву и Е. К. Яковлевой), которые расцениваются как относительно «простые» – это те случаи, о которых И. П. Павлов говорил на одной из клинических сред: «Может случиться, что и сам больной генезиса своей навязчивости не знает, позабыл или не догадался об этой связи», – можно ограничиться методами рациональной психотерапии. В более сложных случаях («форм развития»), в генезе которых ведущую роль играют нарушенные отношения, внутренняя конфликтность, неосознаваемые мотивы и психологические механизмы защиты (не «позабыл или не догадался», а вытеснил, подавил и активно сопротивляется), – АКТА использует катартические методы. Беседа-дискуссия – диалог между терапевтом и пациентом – преобразуется в диалог пациента с самим собою, диалог, в процессе которого сталкиваются конфликтующие тенденции его личности. Непосредственно адресуясь к сфере значимых отношений, затрагивая болезненные переживания пациента, АКТА активно преодолевает его сопротивление, способствуя прояснению отношений. Более подробно об этом – в последующих разделах.

1.3. Патогенетическая психотерапия как альтернатива психоанализу

Создатель психоанализа З. Фрейд неоднократно признавался в том, что он мог свободно постулировать любую концепцию, пока наука не опровергла ее или не признала негодной. С течением времени, однако, чисто умозрительное решение З. Фрейдом проблемы человеческой психики приходило в вопиющее противоречие с накапливающимися научными фактами, что привело в результате к ревизии психоанализа. Процесс этот продолжается и по сей день. Неофрейдисты (А. Адлер, К. Хорни, Э. Фромм, Г. Салливен) и пост-фрейдисты, к которым помимо М. Клейн, Д. Уинникотта и Х. Когута относят также создателей гештальт-терапии Ф. Перлза и Л. Перлз, немало потрудились над тем, чтобы отделить зерна от плевел и отказаться от всего, что противоречит здравому смыслу и современным научным знаниям. Однако наиболее радикальную работу по преодолению фрейдизма и различных его модификаций проделал еще в 30-е годы прошлого века знаменитый советский ученый, врач и психолог В. Н. Мясищев. Приняв за основу известный тезис К. Маркса и Ф. Энгельса о том, что сущность человека представляет собой совокупность всех общественных отношений, он разработал *психологию отношений,* которую положил в основание концепции неврозов и патогенетической психотерапии.

За что В. Н. Мясищев критиковал З. Фрейда? Прежде всего, он не признавал биологизм и пансексуализм фрейдовской теории (как, впрочем, и большинство его современников-ученых), а также примат *бессознательного* в детерминации поведения человека. Что же касается *конкретных механизмов* возникновения и развития психогений, то В. Н. Мясищев не отрицал многих открытых З. Фрейдом феноменов, таких, как бессознательная мотивация, вытеснение и сопротивление и др. С некоторыми оговорками признавал он также и *метод* психоанализа с его интерпретацией свободных ассоциаций, сновидений, ошибочных действий, анализом сопротивления и переноса, но упрекал З. Фрейда за мистификацию этих явлений, их переоценку и генерализацию.

Обратимся к неопубликованной статье В. Н. Мясищева «Психогения и психотерапия», датируемой 1947 годом, в которой он подвергает критике ряд психоаналитических понятий. «Психоанализ, – пишет В. Н. Мясищев, – противопоставил себя поверхностному и статическому пониманию старой психологии в качестве более глубокого и генетического понимания. Но «глубокое» понимание свелось к усмотрению в человеке животного, а генетическое – к попытке свести настоящее к прошлому. Как ни странно, в учении психоанализа сказался глубокий регресс, подлинная проповедь своеобразного атавизма, несмотря на то, что им впервые осуществлены глубокие этиологические и культурно-исторические поиски. Проницательность в деталях в нем сочетается с поразительной слепотой в целом» (Мясищев В. Н., 1947).

Важным в понимании позиции В. Н. Мясищева является разведение понятий «*бессознательное*» и «*неосознаваемое*». Признавая наличие в психике неосознаваемого, В. Н. Мясищев резко критиковал учение З. Фрейда о бессознательном. Учение о бессознательном, а не о сознании как о руководящем; о влечениях, а не об общественно-трудовой деятельности как основе понимания психики; о влечении к смерти, а не стремлении к бесконечному развитию, – вот те принципиальные положения, которые выдвигаются психоанализом и которые извращают подлинную природу и движущие силы психической жизни. Психоанализ противопоставляет рационально-сознательное иррационально-бессознательному и приписывает последнему доминирующую роль; этот принцип прилагается психоанализом к пониманию здоровой и болезненно измененной психики. Учению о бессознательном В. Н. Мясищев противопоставляет положение о прогрессивно возрастающей роли сознания, о необязательности противоречия сознательного и бессознательного. Закон общественного развития психики говорит о том, что не темные стихии, а сознательное и разумное определяет поведение человека. Нали-

чие неосознаваемого объясняется тем, что способность опыта и восприятия по объему шире, чем способность осознания. *Но в принципе все может быть осознано. В большом материале опыта каждого человека есть много не замеченного им, но незаметно влияющего, замеченного, но не осознанного и не понятого. Наконец, в ряде случаев аффективные, личные, этические и т. п. мотивы и тенденции препятствуют пониманию и осознанию здоровым или больным тех или других фактов* (курсив А. А.). З. Фрейд объяснил их не соответствующим образом, он их переоценил и генерализовал в силу того, что конфликты у его зажиточной буржуазной клиентуры возникали под знаком сексуальности (Мясищев В. Н., 1947).

Психоанализ утверждает, что задача анализа заключается в возвращении в сознание вытесненного и в расшифровке вытесненного с помощью символов. Осознание скрытого смысла симптомов и является средством исцеления. Непонятно, однако, как при ведущей роли бессознательного возврат вытесненного в сознание или осознание символики излечивает и как это можно объяснить, избегая мистификации. «Здесь, – пишет В. Н. Мясищев, – основное расхождение между нами и психоанализом, но здесь и самое уязвимое место психоанализа. Что определяет динамику душевной жизни в норме и патологии – сознание или бессознательное? Для нас сознание определяет эту динамику и конфликт, и возможность излечения. Оно направляет всю деятельность человека. *Нет бессознательного переживания и бессознательного конфликта – есть не осознанные переживания и конфликты. Есть неясные и несознательные причины переживаний и конфликтов*» (курсив А. А.). Интересно, что несколькими годами позднее (в 1963 году) Эрих Фромм напишет, что сам термин «бессознательное» «представляет в действительности некую мистификацию. Нет такой вещи, как бессознательное; есть только те чувства, которые мы осознаем, и те, которые не осознаем» (Фромм Э., 2005).

Самый существенный вопрос для В. Н. Мясищева заключается в том, откуда у сознания обнаруживается сила, строящая и перестраивающая отношения и все поведение человека. Кажется основательной позиция психоанализа, рассматривающая инстинкт, связанный с организмом, как самое мощное, но тогда не ясно, как сознание, хотя и самое высшее, но бесплотное, идеальное в психике, преодолевает его неудержимые импульсы. Это можно понять, только признавая общественную сущность человека. При этом сознание выступает как материальная сила. Достаточно напомнить о героях, приносящих свою жизнь в жертву ради идеи.

Анализ истории развития человека показывает, что предметы и обстоятельства окружающего, интегрированные в символах речи (иначе – в мышлении и идеях), с ходом развития человека все более определяют его жизнь и деятельность. Эти образования (вторая сигнальная система Павлова) нанизывают на себя весь накапливающийся опыт человека, являя собой не мертвые знаки, а насыщенные конденсированной, действенной, аффективной силой импульсы. Экспериментальное психофизиологическое исследование показывает, что слово вызывает сильнейшее изменение дыхания, пульса, кровяного давления, деятельности желудка, биотоков кожи и мозга, обмена веществ. Становится ясным, что слово, идея – материальная сила, потрясающая организм человека. Поэтому *осознание – не просто понимание объективных зависимостей вещей и людей, но действенное переживание, изменение отношений, потенциальная перестройка действий* (курсив А. А.). В процессе психотерапии от субъективного понимания своих мотивов и самого себя человек переходит к осознанию объективного значения – обусловленности своих переживаний, к осознанию неправильной линии своих поступков и правильной самооценке, к осознанию конструктивных путей выхода из трудной ситуации. Меняя отношение в процессе осознания, человек начинает иначе переживать, иначе реагировать. То, что казалось хорошим, осознается как плохое; казавшееся несправедливым оказывается заслуженным и т. д. Этот процесс изменения отношений сопровождается исчезновением симптомов. Это показывает, что *борьба с симптомами так же не нужна при правильной психотерапии, как бесплодна при неправильной* (курсив А. А.) (Мясищев В. Н., 1947).

В более ранней статье, «О генетическом понимании психоневрозов» (1939), В. Н. Мясищев так определяет основной дефект психоаналитических и других связанных с психоанализом концепций невроза: «Каждое из перечисленных направлений, имея за собой известные факты, односторонне подбирало их, неправильно освещало их, абстрагируя, отрывая их от всей конкретной действительности, выдвигая их и основанную на них трактовку в качестве единственной и достаточной для решения вопроса. Преодолевая опасность односторонности, отводя законное место для физиологических, психологических и социальных условий возникновения невроза, теория должна правильно отразить роль каждого момента и их взаимоотношений. Очевидно, что это может быть достигнуто лишь на основе конкретного анализа, опирающегося на историческое понимание действительности, связывающее воедино многочисленные звенья этого сложного и многосторонне обусловленного заболевания». И далее В. Н. Мясищев высказывает очень важную идею о том, что в основу понимания невроза в этих концепциях кладется не понимание психологии личности со всем богатством ее содержания, ее взаимоотношений с действительностью, но абстрактный психический механизм. У З. Фрейда над всем господствует сексуальный инстинкт или влечение к смерти, у А. Адлера – механизм самоутверждения. Таким образом, все эти концепции выдвигают универсальную роль абстрактного механизма и не находят того, что является действительно определяющей силой в развитии невроза. Основным дефектом существующих теорий является отсутствие правильного патогенетического понимания, в частности, учета социальной стороны патогенеза (Мясищев В. Н., 1939).

Заключая статью, В. Н. Мясищев пишет: «Источники психоневрозов в связи с социально-психологическими различиями больных различны. В каждом случае конкретная картина заболевания может быть построена только на основе анализа истории болезни, истории личности в определенных социальных условиях ее развития. Знание этой истории, знание качеств личности и условий переживания позволяет расшифровать часто невероятно запутанный комплекс болезненных проявлений и наметить на основе такого структурно-генетического понимания рациональный план лечения».

К какому направлению мировой психотерапии следует относить патогенетическую психотерапию? Известный польский психотерапевт, профессор С. Ледер, в прошлом частый гость Института им. В. М. Бехтерева, в частных беседах называл патогенетическую психотерапию не иначе, как «советский психоанализ»! Это, конечно же, гипербола, и, тем не менее, в какой степени она отражает истинное положение? Подытоживая сказанное выше, отметим следующее. В. Н. Мясищев, отвергая неприемлемые для научного объяснения положения фрейдизма, постоянно подчеркивал сочетание в психоаналитических концепциях «истинного и ложного», «проницательности и слепоты», «сильной и слабой стороны». Собственно говоря, не феномены, открытые З. Фрейдом, а их метафорическая трактовка вызывала несогласие В. Н. Мясищева, ибо ученому-психологу трудно выйти за рамки строгой академической науки.

Следующий шаг, который был сделан В. Н. Мясищевым в направлении «преодоления фрейдизма», состоял в отказе от постулируемых психоаналитиками *универсальных бессознательных комплексов*. Представители ревизованного и реформированного психоанализа, так же как и теоретики объектных отношений, пытались за внешним многообразием причинных факторов психических расстройств найти «единый стержень», который они односторонне переоценивали и генерализовывали. Этот универсальный фактор они называли по-разному: «эдипов комплекс» З. Фрейда, «комплекс неполноценности» А. Адлера, «базальная тревога» К. Хорни (к этому перечню мы могли бы добавить и «задержанный симбиотический комплекс» Г. Амона) и т. п. Этот комплекс, будучи врожденным или детерминированным социо-культурными факторами, фатально противостоит социуму как силе, враждебной человеку и его потребностям. В противоположность этим обезличивающим представлениям, В. Н. Мясищев рассматривает невроз как конфликтогенное расстройство, возникающее в результате наруше-

ния особо значимых отношений личности. Невротик не в состоянии рационально решить возникший конфликт в силу особенностей своей личности, формирование и развитие которой происходило в условиях дисгармоничных, искаженных социальных отношений, прежде всего в первичной группе. Эти отношения и конфликты могут иметь самое различное содержание, в том числе и сексуальное. Конфликты описаны В. Н. Мясищевым по структуре (истерический, обсессивно-психастенический, неврастенический), а не по содержанию. Задача патогенетического психотерапевта состоит в том, чтобы эти изначально «бессодержательные» конфликты наполнить в процессе психотерапии конкретным содержанием, почерпнутым из анализа реальных жизненных отношений пациента. Кстати отметим, что в начале своей деятельности З. Фрейд описывал случаи, в основе которых лежали конфликты реального, а не мифологического содержания, случаи, при которых вскрывались истинные, а не вымышленные и навязанные пациентам причины заболевания. По нашему убеждению, многие из описанных в рамках психоаналитических концепций комплексы могут рассматриваться как частные случаи нарушенных отношений.

Вольф Лаутербах писал, что на язык патогенетической психотерапии может быть переведено основное содержание большинства личностно-ориентированных систем западной психотерапии.

С психодинамической точки зрения патогенетическая психотерапия была рассмотрена и оценена Исидором Зиферштейном. И. Зиферштейн с 1959 по 1971 год неоднократно приезжал из Соединенных Штатов в Россию, в Психоневрологический институт им. В. М. Бехтерева и, познакомившись с патогенетической психотерапией, сразу оценил ее как динамическую, или раскрывающую, психотерапию. Он провел несколько месяцев на отделении неврозов, ежедневно наблюдая за психотерапевтическим лечением нескольких пациентов. Его наблюдения вскрыли некоторые специфические характеристики патогенетической психотерапии; результаты были опубликованы в Соединенных Штатах в 1976 году в книге «Психиатрия и психология в СССР». Эти наблюдения представляют для нас особый интерес не только потому, что они отражают взгляд профессионального психоаналитика, исследователя процесса психотерапии, но и потому, что это единственно существующее описание метода патогенетической психотерапии «из первых рук». Итак, обратимся к его наблюдениям и тем выводам, к которым он приходит.

Речь идет о пациентке 34 лет, которая приехала на лечение в Институт им. В. М. Бехтерева из другого города. Наблюдение длилось на протяжении всего периода ее госпитализации в течение 2,5 мес. Проведено 38 терапевтических сессий. Основные жалобы: приступы слабости, головокружения, «дурноты», ощущения «ватных ног», которые начались три года назад и в результате которых развился страх выходить из дома одной. Терапевтом была пожилая сотрудница отделения с многолетним стажем психотерапевтической работы. Шестая сессия оказалась решающей. В ходе сессии наблюдателю стало очевидно, что терапевт тщательно продумала стратегию анализа и постоянно двигалась в нужном направлении. Задача терапевта осложнялась чрезмерной разговорчивостью и обстоятельностью пациентки, что служило сильным средством сопротивления пациентки целям психотерапии. По этой причине сессия длилась 1 ч 45 мин. Однако, несмотря на сопротивление, был достигнут значительный терапевтический прогресс и рост осознания пациентки, что явилось поворотным пунктом в ее выздоровлении.

Терапевт начала сессию с обсуждения личности пациентки, постепенно подведя ее к переоценке тех личностных черт, которые, с точки зрения пациентки, стоит изменить. Пациентка воскликнула: «Я забыла упомянуть главный недостаток – ревность!» В связи с этим она вспоминает инцидент, когда подруга не пригласила ее на футбольный матч, а пошла с другой подругой. После этого она не разговаривала с ней целый год. В этом месте терапевт дает решающую генетическую интерпретацию: она соединяет представленную черту пациентки с ее ревностью к младшему брату, который родился, когда ей было пять лет и когда она не могла

отказаться от привилегированной позиции единственного ребенка. Здесь терапевт сослалась на материал, который был получен раньше, а именно на то, что пациентка «случайно» наступила на руки брата, когда тот начал ползать. То, что эта интерпретация попала в цель, демонстрируется тем, что пациентка начала продуцировать подтверждающие ассоциации: например, она вспоминает, как насильно поворачивала лицо бабушки к себе, когда та заговаривала с другими людьми. Далее терапевт привязывает все это к актуальной жизненной проблеме, которую пациентка считает главным источником ее болезни – неразрешимой, как ей кажется, борьбе «не на жизнь, а на смерть» с родственниками мужа. Терапевт утверждает, что хотя, несомненно, родственники мужа очень трудные люди, тем не менее ревность пациентки и ее желание, чтобы муж полностью принадлежал ей, играет главную роль в ее конфликте с ним, и особенно в том, что пациентка так остро и такими сильными невротическими симптомами реагирует на этот конфликт. Терапевт предлагает пациентке научиться жить в одном городе даже с такими «плохими людьми», как родные ее мужа, вместо того, чтобы страдать от невротических симптомов. В этом месте сопротивление пациентки, которое до этого скрывалось под маской сотрудничества и выражалось в чрезмерной разговорчивости и обстоятельности, принимает открытую, сознательную форму. Лицо пациентки принимает жесткое, неподвижное выражение. Она мрачно смотрит вниз, отказывается поднять глаза на терапевта, плачет от досады, гнева, жалости к себе. Как и на протяжении предшествующих сессий, она с сильным чувством заявляет, что ни при каких обстоятельствах не примирится с «этими людьми», что скорее уйдет от мужа, или переедет с мужем и ребенком в другой город. Она повторяет, что родные мужа оказывают на него дурное влияние, что с их подсказки он даже начал бить ее и ребенка, чтобы показать, кто в доме хозяин. Стало ясно, что эта сессия задела фундаментальную черту ее характера, лежащую в основе невроза. Попытка показать, что ее болезнь детерминирована изначально особенностями ее личности, а не внешними обстоятельствами или другими людьми, и что поэтому избегание этих обстоятельств не решит ее проблему, вызвало крайнее сопротивление. Она решительно отказывается обсуждать любые аспекты примирения с родственниками мужа.

Борьба между сопротивлением пациентки и попытками терапевта преодолеть его продолжаются несколько сессий. Один пример: на следующей сессии терапевт сообщает пациентке, что утром она возьмет ее первой на беседу. Это своего рода предложение мира, уступка потребности пациентки в особом признании. Но сопротивление пациентки усиливается. Она противится, жалуясь на более сильное головокружение. Она рассказывает сон: «Я видела похоронную процессию. Женщина лежала в гробу с поднятой в воздух рукой, и к ней подведены электроды». Ассоциация: «Женщина умерла в результате электроэнцефалографии». Пациентке делали ЭЭГ как раз перед шестой сессией, и она говорит: «Это лечение убьет меня!» Терапевт не интерпретирует, но противодействует: «Вы социально сознательный и активный человек. Вы занимаетесь воспитанием молодежи, через которую мы обретаем бессмертие!» (пациентка по профессии – учительница). Наблюдатель отмечает, что патогенетические психотерапевты не интерпретируют сновидения вербально, но обращаются к их латентному содержанию, как в этом примере.

Подытоживая, И. Зиферштейн следующим образом классифицирует виды вмешательства патогенетического психотерапевта:

1. Усилия, направленные на поддержку позитивного терапевтического отношения, предоставление пациентке заботы, внимания, уважения и высокой оценки ее позитивных качеств.

2. Усилия по оказанию помощи пациентке путем прямых советов и руководства действиями, направленными на совладание с ее жизненными проблемами. Сюда входит, например, детальное обсуждение того, как пациентка реагирует, когда друзья сообщают ей о порочащих ее замечаниях родственников мужа, и как она должна реагировать на них.

3. Интерпретации невротического поведения и симптомов и конфронтация сопротивлению пациентки. Например, когда терапевт показывает пациентке, что она не сотрудничает в психотерапии, пациентка протестует, заявляя, что, напротив, она прилагает максимум усилий к сотрудничеству. Пациентка приводит в качестве доказательства тот факт, что, когда она была в другой больнице, она охотно соглашалась на все инъекции, хотя очень боится уколов. Тогда терапевт говорит, что пациентка меньше сопротивляется физической боли от соматического лечения, чем психической боли, связанной с осознанием (Ziferstein I., 1976).

Из этих трех видов интервенции первые два наиболее характерны, по мнению наблюдателя, для патогенетической психотерапии. Перечисленные усилия терапевта оказываются эффективными. Постепенно терапевт достигает своей цели – восстановления позитивного отношения и значительного уменьшения сопротивления пациентки. В результате спустя 2,5 мес. после начала лечения пациентка была выписана со значительным симптоматическим улучшением, более теплым отношением к мужу и более разумным отношением к родственникам мужа.

Американские психотерапевты, – сообщает далее наблюдатель, – применили бы те же три типа вмешательства: поддержку, перевоспитание, интерпретацию. Но они в большей степени акцентировали бы третий элемент – интерпретацию. В случае психоаналитического лечения акцент почти исключительно ставился бы на интерпретации; поддержка же и перевоспитание использовались бы в очень малых и не прямо выраженных дозах. Главное усилие в работе с сопротивлением пациентки было бы направлено на конфронтацию с пациенткой, с тем фактом, что она сопротивляется; психоаналитик показывал бы снова и снова множество форм ее сопротивления, интерпретируя затем значение и источники сопротивления. Сновидение о женщине, убитой ЭЭГ, вероятно, было бы использовано, чтобы показать пациентке ее смертельный страх перед терапией. Дальнейшие ассоциации могли бы привести к открытию страха возмездия (убийства) со стороны матери за враждебные чувства к брату. Наконец, интерпретация переноса могла бы быть сформулирована так: «Вы хотите быть единственным ребенком терапевта», – подкрепленная примерами проявления чувства обиды, злобы, возмущения и конкуренции с другими пациентами. Или: «Так же, как вы хотите быть единственным ребенком ваших родителей и родителей мужа, вы хотите быть центральной фигурой, находясь между вашим мужем и вашими родителями и между вашим мужем и его родителями». Главный симптом пациентки – чувство головокружения и дереализации – вероятно, был бы проинтерпретирован как отказ от принятия существующей реальности, в которой она – одна среди многих, и как желание через болезнь заставить мир быть другим, повернуть жизнь вспять, к тому времени, когда брата еще не было, и она была единственным ребенком в семье (Ziferstein I., 1976).

Характеризуя патогенетическую психотерапию, И. Зиферштейн, прежде всего, обращает внимание на активность психотерапевта. Занимая позицию эксперта, психотерапевт в ответе за все в течение всего курса терапии. Проводя психотерапию, терапевт определяет после первых двух-трех исследовательских сессий, какие проблемные области у пациента главные. Затем он обсуждает с пациентом цели лечения и направляет содержание и форму каждой сессии так, чтобы систематически разбирать каждую проблему по очереди. Психотерапевт верит, что на враче лежит ответственность за создание позитивного климата – климата, в котором пациент развивает доверие, уважение и любовь к доктору. Врач ответственен за активные действия, направленные на вызов или возвращение позитивных чувств пациента. Поэтому патогенетический психотерапевт очень активен в предоставлении пациенту эмоциональной поддержки и повышении самоуважения пациента. Доктор без колебаний дает пациенту совет и оказывает помощь в решении текущих проблем. Его усилия по реконструкции нездоровой структуры личности включают активное перевоспитание; пациенту предлагаются те ценности и стандарты поведения, которые считаются правильными, реалистичными и социально желаемыми (Ziferstein I., 1976).

Комментируя приведенные наблюдения американского психотерапевта, отметим следующее: за прошедшие полвека произошли существенные изменения, которые коснулись как патогенетической психотерапии, так и психоанализа. Эти изменения связаны с широким распространением и признанием гуманистических принципов отношения «терапевт – пациент». В результате ассимиляции этих принципов патогенетическая психотерапия отказалась от директивности, а психоанализ стал использовать *эмпатию* и другие составляющие «триады Роджерса» в качестве действенных лечебных факторов психотерапии.

Неизменной остается позиция патогенетической психотерапии в отношении интерпретации. Патогенетический анализ предупреждает против поспешных толкований. Отказ от несвоевременных интерпретаций – принципиальная позиция патогенетической психотерапии, которая привела уже в наше время к внедрению в практику патогенетической психотерапии, вместе с групповой динамикой, технических приемов гештальт-терапии. Отказ от интерпретаций как возможных собственных проекций интерпретатора и как навязывания готовых универсальных схем – один из основных принципов гештальт-терапии. «Мы считаем, – писала Е. К. Яковлева, – что не следует врачу самому разъяснять больному причины развития у него заболевания, особенно не следует это делать поспешно, желательно добиться понимания их самим больным. Нельзя подлинное объяснение, основанное на глубоком понимании патогенеза невроза, подменять внешними и скороспелыми разъяснениями, что, к сожалению, нередко делается» (Яковлева Е. К., 1958).

Говоря о возможной интерпретации сновидения пациентки американскими психоаналитиками, И. Зиферштейн, сам того не ведая, показывает, как, исходя из ограниченного набора психоаналитических схем, психоаналитик навязывает пациенту определенное знание, связанное с переживаниями человека в раннем возрасте (например, открытие страха убийства матерью), – во что пациентка должна поверить. Аналитико-катартическая терапия в качестве современной модели патогенетической терапии вместо техники свободных ассоциаций с последующей их интерпретацией в понятиях психоаналитических инфантильно-сексуальных концепций использует диалогические психодраматические техники, допуская, когда это необходимо, осторожную интерпретацию в рамках реальных жизненных отношений.

Основное отличие патогенетической психотерапии от психоанализа состоит в том, что при патогенетической психотерапии речь идет о расширении сферы осознаваемого не на основе прямого анализа бессознательного и его антагонистического взаимодействия с сознанием, а посредством поиска связей между разобщенными прежде в сознании больного представлениями, точной вербализации неясных переживаний и понятий. Кроме того, в психоанализе смысл нового знания, понимания с помощью интерпретаций в определенной мере «навязывается» пациенту психоаналитиком, который исходит из довольно ограниченного набора жестких схем, прямо или косвенно связанных с сексуальностью человека в течение всей его жизни, особенно в раннем возрасте. При патогенетической психотерапии пациент в сотрудничестве с психотерапевтом реконструирует самосознание, оставаясь в мире реальных событий и понятий (Карвасарский Б. Д., 1985).

Итак, является ли патогенетическая психотерапия разновидностью психоанализа? Отвечая на этот вопрос в рамках той схемы, которой придерживалась К. Хорни (2007) при ответе на тот же вопрос, надо сказать так: ответ зависит от того, что считать главным в психоанализе. Если считать, что психоанализ складывается из всех теорий, выдвинутых З. Фрейдом, тогда то, что представляет патогенетическая психотерапия, не психоанализ. Далее, если считать, что основу психоанализа составляет *метод*, предназначенный для осознания бессознательных процессов, который включает подробное изучение жизни пациента и особенностей его личности, интерпретацию, конфронтацию, анализ сопротивления и переноса, то, безусловно, психоанализ оказал заметное влияние на метод патогенетической психотерапии. В практическом отношении сходство, как показал И. Зиферштейн, заметно невооруженным глазом, однако тео-

ретические основы психоанализа и патогенетической психотерапии настолько разнятся методологически, что отнесение патогенетической психотерапии к разновидности психоанализа вызывает сомнение. Дело в том, что сам вопрос об отнесении патогенетической психотерапии к психоанализу не совсем корректен, поэтому и ответ вызывает затруднение. Такие же трудности испытывала и К. Хорни, когда пыталась ответить на вопрос, является ли ее система психоанализом.

Патогенетическую психотерапию надо воспринимать как «преодоленный психоанализ». Она преодолела не только заблуждения классического психоанализа, но и вскрыла «основной дефект», характерный для всех динамических систем, будь то индивидуальная психология А. Адлера, анализ К. Хорни, интерперсональная психотерапия Г. С. Салливена и др. – чрезмерную универсализацию какого-то одного, абстрактного психического механизма и связанную с этим односторонность в понимании причин эмоциональных нарушений.

Глава 2
Основные интегративные элементы аналитико-катартической терапии

Вместе с интеграцией групповой динамики в личностно-ориентированную (реконструктивную) психотерапию начался постепенный процесс интеграции отечественной психотерапии в западную психологию и психотерапию, особенно интенсивный – с начала 1990-х годов. Знакомство с достижениями зарубежной психотерапевтической практики последних десятилетий выявило слабое место патогенетической психотерапии – недостаток технических средств, предназначенных для приведения в движение или усиления катартических механизмов лечебного действия психотерапии. Внимание привлекли, прежде всего, методы, центрированные на *переживании* пациента в терапевтической ситуации «здесь-исейчас»: терапия К. Роджерса, гештальт-терапия Ф. Перлза и психодрама Я. Морено. Ряд принципов и технических приемов этих подходов были использованы в качестве структурных элементов, из которых на фундаменте метода патогенетической психотерапии сформировалась аналитико-катартическая терапия.

2.1. Значение личностно-центрированной терапии К. Роджерса

Карл Роджерс практиковал психодинамическую терапию в 30-х годах прошлого века, но, усомнившись в ценности этого подхода, предполагающего, что терапевт выступает в качестве беспристрастного эксперта, который «понимает» пациента и помогает ему в решении проблемы, начал использовать новый подход – *«недирективную терапию»*, – подчеркивающий роль пациента. Особенности этого нового подхода К. Роджерс излагает в книге «Консультирование и психотерапия», вышедшей в свет в 1942 году.

Человек, а не проблема ставится во главу угла. Цель – не решить отдельную проблему, а помочь индивиду «вырасти» таким образом, чтобы он сам смог справляться с существующей, а также с последующими проблемами, будучи уже более интегрированной личностью. Если он сможет обрести достаточную целостность, чтобы решить какую-то одну проблему, являясь в большей степени личностью независимой, ответственной, ясно мыслящей и хорошо организованной, то на этом же уровне он сможет решать и все свои новые проблемы (Rogers C. R., 1942).

Новый терапевтический подход уделяет больше внимания эмоциональным, чувственным аспектам ситуации, нежели интеллектуальным. Большинство проблем приспособления не связаны с ошибками *знания;* знания не являются действенным фактором, поскольку они блокируются эмоциональным удовлетворением, которое возникает у индивида в связи с дезадаптацией. Один из примеров, приводимых К. Роджерсом: мальчик, который занимается воровством, знает, что это нехорошо и предосудительно. Современная терапия в максимальной степени направлена непосредственно на мир эмоций и чувств и не пытается осуществить эмоциональную реорганизацию индивида на основе интеллектуального подхода.

Другая особенность подхода К. Роджерса состоит в том, что терапия уделяет значительно больше внимания настоящему, а не прошлому индивида. Важнейшие эмоциональные паттерны индивида, сформированные в его прошлом опыте, обнаруживаются в настоящих способах приспо собления, в том числе, в ситуации консультирования. Прошлое очень важно с точки зрения исследователя, старающегося понять развитие человеческого поведения. Для терапии же оно не всегда имеет значение. Поэтому сейчас значительно меньше внимания, чем ранее, уделяется истории ради истории. «Весьма любопытно, – замечает К. Роджерс, – что когда не применяется тактика расследования «фактов» из прошлого индивида, то часто в терапевтическом контакте динамика развития личности определяется гораздо лучше» (Rogers C. R., 1942).

Еще на одну важную особенность нового подхода указывает К. Роджерс. Если раньше предполагалось, что пациент (клиент) развивается и меняется уже после того, как он покинул терапевтический кабинет, то в современной практике терапевтический сеанс – это сам по себе опыт роста, процесс роста. Здесь индивид учится понимать себя, осуществлять значимый для него, независимый выбор, успешно строить отношения с другим человеком уже на другом, более зрелом уровне. Этот аспект терапии К. Роджерс считает самым важным аспектом нового подхода. «Без всякого сомнения, – пишет он, – данный вид терапии – не подготовка изменения, а это и есть само изменение» (Rogers C. R., 1942).

К сожалению, идеи нового подхода, созревшие в конце 30-х – начале 40-х годов XX века, как раз в годы становления патогенетической психотерапии, лишь спустя несколько десятилетий (в конце 70-х – начале 80-х годов) получили признание и распространение в отечественной психотерапии. Патогенетическая психотерапия долгое время оставалась директивной. Это видно из приведенных выше примеров (см. раздел 1.2). Наиболее красноречиво звучит следующая рекомендация А. Я. Страумита: «После того, как терапевт составил перечень противоречащих действительности отношений пациента, он вырабатывает план их изменений – посредством прямого перевоспитания или опосредованно через мобилизацию здоровых и сильных

сторон личности больного. Этот план предусматривает, какие конкретные действия следует предпринять самому больному по преодолению отрицательных черт своего характера и каким образом могли бы способствовать в этом окружающие его лица. Здесь большую роль играет жизненный опыт врача» (Страумит А. Я., 1976, цит. по: Lauterbach W., 1978).

В изложении Е. К. Яковлевой эта установка звучит еще более прямолинейно: «Больной под влиянием воспитательных воздействий врача начинает сознавать как бы ответственность за свои болезненные симптомы и необходимость рациональной их переработки». (Яковлева Е. К., 1940). При этом все патогенетические психотерапевты единодушно призывали к тому, что «нельзя пациенту директивно навязывать своего мнения».

Патогенетическая психотерапия не дает конкретных рекомендаций по перестройке отношений пациента, а декларирует общий принцип, который, согласно В. Н. Мясищеву, заключается в переделке личности в процессе общения и совместного труда и быта. Достигнутые терапевтические изменения, новые образцы поведения должны быть генерализированы за пределы психотерапевтической среды и закреплены в условиях реальной жизни пациентов: в быту, в семье, в производственном коллективе. Хотя жизненный опыт врача и может сыграть здесь определенную роль, однако роль врача в диаде «пациент – терапевт» вызывает сомнение: в сущности, при таком подходе пациент воспринимается как личность незрелая, инфантильная, не способная к принятию ответственных решений, нуждающаяся в опеке и руководстве воспитателя, в роли которого и должен выступить терапевт.

Бqольшие возможности для реконструкции нарушенных отношений смогла предложить личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия, интегрировав в систему патогенетической психотерапии групповую динамику и предоставив тем самым психотерапевтическую базу для осознания пациентами дезадаптивных стереотипов поведения, выработки новых, адаптивных форм поведения и проверки их эффективности в условиях реального взаимодействия с участниками психотерапевтической группы.

Терапевтический процесс в терапии К. Роджерса можно определить как фасилитацию у клиента личностного роста при соблюдении трех необходимых и достаточных условий терапевтических личностных изменений, создаваемых психотерапевтом. Этими условиями, как известно, являются: принятие, эмпатическое понимание и конгруэнтность терапевта. К. Роджерс определял психотерапию как «высвобождение уже существующей способности у потенциально компетентной личности, а не манипуляцию эксперта с более или менее пассивным человеком». Он считал, что любые «интервенции эксперта» крайне вредны для роста личности (Rogers C. R., 1959, цит. по: Фрейджер Р., Фэйдимен Дж., 2004).

Техники К. Роджерса представляют собой реализацию его философских взглядов и установок, при этом они не всегда учитывают клиническую реальность. В соответствии с теорией К. Роджерса, невроз – это остановка в пути, блокировка потребности; создайте условия для разблокировки и рост, по мнению роджерианцев, восстановится. С позиций же патогенетической концепции, невроз – это не просто «эмоциональные блоки», которые застыли и ждут своего размораживания, при том, что личность сохраняет свою потенциальную способность к «полному функционированию»; невроз – это болезнь личности, болезнь, которая исказила ее в процессе жизни, это устойчивые когнитивно-эмоционально-поведенческие стереотипы (отношения), совокупность которых, собственно говоря, и определяют ее сущность. Такая личность нуждается в коррекции, она нуждается в интервенциях, другое дело, что для вмешательств терапевта должны быть созданы определенные условия.

В соответствии с таким пониманием сущности невроза в рамках аналитико-катартического метода переживание в процессе психотерапии, ориентированной на осознание внутреннего конфликта, рассматривается как процесс «ломки», разрушения прежней системы ценностей и сопутствующий ему процесс личностного очищения и обновления. Это не просто «размораживание» потенциальных возможностей, а «внутренний переворот», своего рода лич-

ностная революция со всеми присущими любой революции атрибутами: с накоплением противоречий, их обострением, взрывом и перестройкой прежних отношений.

В связи с этим АКТА отрицает абсолютизм безусловного принятия и эмпатического понимания и придерживается, скорее, тех принципов отношения «терапевт-клиент», которые выработало другое важное для АКТА направление – гештальт-терапия, в соответствии с положениями которой терапевт поддерживает с клиентом отношения симпатии в сочетании с активной фрустрацией и контролируемым участием. (Об этом более подробно см. в разделах 3.3.6 и 5.3.1).

2.2. Значение психодраматических методов

Якоб Морено еще в студенческие годы в Вене развивал такие концепции как *перевод рассказа в действие* и ввел в обиход такие термины как «*здесь-и-сейчас*» и «*энкаунтер*», а в 1921году в пригороде Вены начал свой экспериментальный «Театр экспромта». Главной целью театра являлось создание новых возможностей для спонтанности и креативности: «Выбрось старую ролевую игру, – писал Морено, – сыграй ее по-новому, здесь и сейчас, сыграй себя самого таким, каким ты бы хотел быть. Позволь этому случиться. Стань своим собственным вдохновением, поэтом, исполнителем, сценаристом, терапевтом и, в конечном счете, своим собственным создателем» (Moreno J. L., 1924). Немногим позднее уже в Берлине русским философом В. Н. Ильиным был основан «Терапевтический театр». Он придерживался мнения, что человек, который живет эмоционально насыщенной жизнью, одновременно является художником, мыслителем и исследователем. Он писал, что «игра в театре является неповторимой дорогой к излечению души и тела» (Iljin V. N., 1972). Н. Н. Евреинов, известный русский теоретик и историк театра, определил понятие театральной терапии. Он полагал, что люди будут здоровыми, если в их жизни имеется опыт «превращения». Он считал, что именно театр, который основывается на процессе преображения, и катарсис могут быть эффективнее всего. В 1920 году в Петрограде Н. Н. Евреинов призывал всех врачей и работников театра воспользоваться этим методом лечения (Евреинов Н. Н., 1920).

Роль, которую играет пациент на сцене, отождествляется со многими бессознательными элементами личности. Всемирно известный русский актер, режиссер и театральный руководитель К. С. Станиславский полагал, что актер играет бессознательно, и называл этот метод «искусством проживания». Его театр по праву назывался «психологическим». К. С. Станиславский писал: «Замечательно, когда актер полностью увлечен игрой. Тогда он непроизвольно живет в своей роли, не замечая, как он неосознанно чувствует, и что он делает. Все происходит бессознательно» (Станиславский К. С., 1938).

Описанный Станиславским процесс игры актера может использоваться в терапевтических целях. Пациент, входя в роль, может проживать прошлый опыт, испытывать себя в настоящем и пробовать будущее. Как ребенок, проживающий свой внутренний мир в игре, пациент может пробовать различные роли, с которыми он себя идентифицирует, и таким образом найти путь к развитию своей личности и идентичности. Пациент может оживить бессознательные конфликты раннего детства, отпустить их и искать путь к своей идентичности. Таким образом, в любой роли могут проявляться здоровые и больные элементы структуры личности, и конфликты становятся видимыми (Урспрух И., Хоффманн Н., 2011).

Сандор Ференци, восхищенный «Терапевтическим театром» В. Н. Ильина, уже в 20-е годы XX века применял ролевую игру в психоанализе. Французская школа аналитической драмотерапии, основанная С. Лебовичи и П. и Г. Лемуан в 1972 году, интегрирует техники психодрамы в классический аналитический терапевтический процесс. Психоаналитическая театральная терапия практикуется в динамической психиатрии Г. Аммона с 1979 года как интегрированный творческий метод лечения (Ammon G., 1979). В России в последние годы на основе аналитической психодрамы Я. Морено, Э. Г. Эйдемиллером совместно с Н. В. Александровой (Эйдемиллер Э. Г., Александрова Н. В., 2001) разработана модель краткосрочной аналитической психодрамы.

Особая атмосфера Института Морено в Нью-Йорке вдохновила таких крупных психотерапевтов, как Фредерик Перлз, Эрик Берн, Георг Бах. Будучи основана на катарсисе, гештальт-терапия заимствовала многие психодраматические техники (пустой стул, диалог «встреча», монолог и проч.).

В психодраме Морено катарсис является главным фактором психотерапевтического лечения, фундаментальным ее элементом. Он включает освобождение психической энергии, которая сопутствует *расширению сознания*. Психодрама стремится не только к раскрытию пациентом различных аспектов своего «Я», но также к развитию конструктивных способов использования этих аспектов. В отношении этого принципа Я. Морено отмечал, что за каждым катарсисом отреагирования должен следовать катарсис интеграции. Терапия же, стремящаяся просто к отреагированию, менее эффективна, потому что ей недостает компонента развития адаптивного поведения. Когда люди обнаруживают, что они могут быть приняты группой или найти достойное место в мире, тогда происходит катарсис сопричастности (Moreno J. L., 1924).

Значение психодраматических методов для аналитико-катартической терапии вполне очевидно. Главная техника аналитико-катартической терапии sine qua non – монодрама, а далее следует все, что с ней связано: «встреча» (энкаунтер), спонтанность, сценическое перевоплощение (идентификация), катарсис.

2.3. Значение гештальт-терапии

В методе гештальт-терапии привлекают два основания: во-первых, направленность на осознание внутренней конфликтности и, во-вторых, неинтерпретативный характер метода с преимущественно фрустрационно-конфронтационным стилем работы психотерапевта. Кроме того, техники гештальт, акцентируя осознание актуального опыта, и тем самым восстанавливая в своих правах эмоции и телесные ощущения, дополняют «разговорный» метод патогенетической психотерапии, более направленный на когнитивное осознание. Гештальт – это целостный подход к человеку, одновременно охватывающий его сенсорную, аффективную, интеллектуальную, духовную составляющие и способствующий осуществлению «глобального переживания, при котором тело смогло бы заговорить, а слово – воплотиться» (Гингер С., Гингер А., 2001).

На начальном этапе основатель гештальт-терапии Фредерик Перлз рассматривал свою деятельность как продолжение работы Зигмунда Фрейда и только затем стал исповедовать более независимый подход. Гештальт-терапия вобрала в себя многое из психоаналитической и экзистенциальной психологии, психодрамы (проигрывание конфликтов), групповой психотерапии, телесно-ориентированной психотерапии. Усвоив ряд понятий гештальтпсихологии, в частности такие, как «гештальт», функционирование «фигуры-фона», а также концепцию «незавершенных действий», и положение о том, что актуальные потребности осознаются по типу «ага-переживания» в ситуации «сейчас», Ф. Перлз создал новый метод, отбросив анализ прошлого вместе с его интерпретациями и сосредоточив внимание пациента на осознании *текущих* переживаний и на том, как он сопротивляется этому осознанию (отсюда «*что и как важнее, чем почему*»). Целью гештальт-терапии становится «завершение незавершенных ситуаций» для освобождения подавленных эмоций. Именно в подавлении эмоций Ф. Перлз видел причину всех невротических расстройств. Рост личности и конечное освобождение от невроза происходит в процессе обретения способности ощущать и выражать эмоции.

Разногласия Ф. Перлза с З. Фрейдом касались главным образом психоаналитического метода, а не его теоретических толкований. Ф. Перлз считал, что метод интерпретации свободных ассоциаций позволяет избежать непосредственного опыта и, следовательно, является нерациональным и зачастую неэффективным методом самоэксплорации. Центральную роль в психотерапии Ф. Перлз отводит осознанию. Известно его афористичное высказывание: «Осознание как таковое уже само по себе целительно». Ф. Перлз видел причину всех невротических состояний в «сужении эмоций» и в «уходе от осознания». Придерживаясь принципов феноменологической психологии, Ф. Перлз отказывался в объяснении ухода от осознания от концепции вытеснения З. Фрейда. Он писал о том, что «в действительности ничто не вытесняется. Все релевантные гештальты проявляют себя, они – на поверхности, они очевидны, подобно наготе короля» (Perls F., 1969).

Придание осознанию ведущей роли в психотерапии неврозов с одновременным отрицанием психоаналитической версии бессознательного и феномена вытеснения, а также конфронтационный, неинтерпретативный характер патогенетической психотерапии сближает ее позиции с позициями Ф. Перлза. В. Н. Мясищев писал, что в процессе патогенетической психотерапии необходимо найти и распутать те патогенные узлы или связи («больные пункты» по И. П. Павлову), которые являются причиной нарушения саморегуляции. Если коснуться этих «больных пунктов» и раскрыть причины, то это может повести к временному ухудшению состояния пациента, однако по мере распутывания патогенетического узла симптомы исчезают (Мясищев В. Н., 1960).

Метод гештальт-терапии, как и метод патогенетической психотерапии, в отличие от психоанализа направлен не на прямой анализ бессознательного, а на расширение сферы осознава-

емого посредством вербализации неясных переживаний и понятий в ситуации «здесь и сейчас» с помощью специально разработанной техники. Ф. Перлз указывал на чрезмерную обширность фрейдовского «бессознательного», которое объединяло ранее осознаваемые, а впоследствии вытесненные чувства, и никогда не входившие в сознание впечатления. Он предпочитал говорить о «неосознаваемом в данный момент» и изучать скорее актуальный процесс вытеснения, чем содержание вытесненного материала. Ф. Перлз утверждал, что внимательное наблюдение за актуальными поверхностными явлениями может дать столько же материала, сколько и длительные «археологические раскопки», направленные на эксгумацию в той или иной степени искаженных «псевдовоспоминаний детства» (Перлз Ф., цит. по: Гингер С., Гингер А., 2001).

Основной принцип гештальт-терапии – осознание «здесь и сейчас», поэтому все техники направлены на осознание. Терапия строится в духе импровизации. Методы варьируют в зависимости от пациента и конкретной ситуации, при этом психотерапевт опирается на уже известные техники: «годится все, что способствует осознанию» (Энрайт Дж., 1994). В связи с этим вариантов гештальт-терапии столько же, сколько гештальт-терапевтов. Само по себе осознание может оказаться целительным, поскольку ведет к контакту с незавершенными ситуациями (неудовлетворенными потребностями), которые могут быть завершены. Цель всех гештальт-техник – пробудить в пациенте осознание, чтобы он мог интегрировать отчужденные части своей личности.

Гештальт-терапевты не исследуют прошлое в поисках воспоминаний о травмах, а лишь просят пациента сосредоточиться на осознании своих *текущих* переживаний. Ф. Перлз полагал, что осколки и фрагменты прошлых неразрешенных конфликтов в конце концов дадут о себе знать в виде составной части этих текущих переживаний. Когда эти неоконченные ситуации появляются, пациент заново их переживает, с тем чтобы их завершить и включить в настоящее.

Таким образом, несмотря на концептуальные различия, цели патогенетической психотерапии и гештальт-терапии частично совпадают: главная задача патогенетической психотерапии – осознание интрапсихического конфликта – решается в гештальт-терапии опосредованно, через осознание подавленных эмоций, «незавершенных ситуаций» (осколков и фрагментов прошлых неразрешенных конфликтов), интеграции «*полярностей*».

Разработанный нами метод, аналитико-катартическая терапия, сочетает в себе два подхода: психогенетический (каузальный) и феноменологический. Благодаря такому сочетанию преодолеваются недостатки того и другого. Патогенетическому анализу недостает непосредственности переживания, спонтанного выражения и вербализации чувств в ситуации «сейчас». Переживания пациента, опутанные сетью защит, самооправданий, замешанные на чувстве вины, зажатые в тисках сопротивления, вращаются по кругу, не находя выхода. Требуется много времени и затрат на логическое распутывание этого «клубка противоречий», на преодоление сопротивления. Известно, что далеко не каждый пациент с легкостью отказывается от своих установок, эгоистические интересы подчас оказываются сильнее логики. Явный перевес логико-рационального компонента в работе с пациентом над эмоционально-катартическим можно расценивать как относительный недостаток патогенетической психотерапии.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, купив полную легальную версию на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.