



**А. А. Александров**

**АНАЛИТИКО-КАТАРТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ  
ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ**

*Учебное пособие*

Санкт-Петербург  
СпецЛит

# Артур Александрович Александров

## Аналитико- катартическая терапия эмоциональных нарушений

*[http://www.litres.ru/pages/biblio\\_book/?art=10098496](http://www.litres.ru/pages/biblio_book/?art=10098496)*

*Аналитико-катартическая терапия эмоциональных нарушений:*

*ISBN 978-5-299-00824-1*

### Аннотация

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

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

# Содержание

Предисловие	6
Введение	19
Глава 1	41
1.1. Концепция невроза	42
Конец ознакомительного фрагмента.	45

**Артур Александрович  
Александров  
Аналитико-  
катартическая терапия  
ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ**

© ООО «Издательство “СпецЛит“», 2017

\* \* \*

# Предисловие

## Возвращение Совестьи

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 прак-

тики, почти оккультные, небрежно переодетые в платье «истинной терапии». С азартом молодых, голодных и наивных мы ринулись осваивать и НЛП, и гештальттерапию, и всевозможные методы арттерапии, и психодрамы, – хотелось всего! Как я сейчас понимаю, в чем-то мы напоминали незадачливых булгаковских героинь «Мастера и Маргариты», которые в стремлении стать красивыми женщинами в панике срывали с себя свою одежду, меняя ее на красивые, но иллюзорные тряпки Воланда.

К нашей удаче не все, что мы тогда нахватили, рассеялось. Я оставила себе аналитическую психологию Юнга и психодраму, кто-то – гештальттерапию, кто-то – телесноориентированную терапию. А сегодня пришли наши ученики, и они просят настоящего. Настоящего просят и пациенты – не долгих лет поиска взаимосвязей между бессознательным и сознанием, не публичной открытости классической психодрамы, а такого Настоящего, которое поможет унять боль, разобраться в том, что происходит, и откроет путь к жизни простой и хорошей. Разве бывают иные запросы к психотерапевту? Но психотерапевт должен предъявлять самые высокие требования к себе и своему методу. И я долгие годы искала тот метод, который сохранил бы ведущую позицию терапевта, был бы направлен на причину страдания, требовал от пациента активности, не отрицал глубины психической деятельности, включал бы в себя драгоценные символы и образы и при этом был бы краткосрочным, человеческим,

честным и, конечно же, нашим – для наших пациентов, которые живут вместе с психотерапевтом в одной среде: в одной стране, может быть, в одном городе. У этого метода должна быть родная душа, словом, запросы немалые. Как выяснилось, осуществимые.

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

мандал, причем не всегда понимая, что это такое. И, конечно, в лучших традициях «Звездных войн» и «Игры Престолов» мы бесстрашные бойцы с чувствами вины и стыда, которые, собственно, наивно полагаем патогенезом любых нарушений – от тяжелых личностных расстройств до семейных или служебных конфликтов.

Так обстоят дела сегодня, не везде, не всегда, но как суметь передать ценность 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 АКТА сама по себе хорошее противоядие от запуска избыточных защит. АКТА по внутренней сущности сходна с попыткой человека разобраться в себе, с той внутренней работой, которая происходит непрерывно внутри каждого. И инсайтами этот метод так богат, что вполне можно было бы его именовать «аналитико-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 оста-

ся 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. АК-

ТА 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 грече-

ского *syneidesis* – «совесть», «сознание долга». В этом слове заключена роль «со-ведущего», сопровождающего, сотрудничающего сознания. Предполагается, что наличие совести переживается человеком как некий внутренний голос, помогающий ему вести себя, контролировать поступки и видеть себя объемно, в контексте всей системы его отношений. В АКТЕ терапевт является отражением совести пациента. Он не стыдит, не карает, он фасилитирует процесс и проясняет происходящее с разных сторон – и во время беседы-дискуссии, и в процессе диалога пациента с воображаемым собеседником: до той поры, пока пациент сам не увидит себя глазами Другого. И совесть начинает просыпаться. Порой кажется, что конфронтации и кларификации психотерапевта в АКТЕ далеко не по-роджерсиански резки и оценочны, но всегда человечны. Отчего бы не быть оценкам, если они очевидны? Если пациент «не готов» принять неприглядную правду о себе, высказанную его же устами, но из роли Другого, как долго мы можем ждать, выдавая за гуманность собственные полуневротические опасения «навредить»? Если что-то скажем неверное, пациент просто пропустит это. Да, в силу защитных механизмов, которые здесь выполняют свою оберегающую функцию. Борцов за «безоценочность и нейтральность» хочется спросить, догадываются ли они о том, что было бы с несовершеннолетним беспризорным преступником и наркоманом, если бы он не был шокирован пощечиной Макаренко, единственного уважаемого взрослого? И

никто не давал нам права отбирать у человека возможность покаяться, признать свои неверные действия, оплакать то, что не вернуть. Только из собственной позиции можно начать менять жизнь, но позиция должна быть реальной, а не выдуманной, с искусственно раздутой значимостью, с непомерно завышенной самооценкой, наконец, с неадекватными мыслями-лозунгами, призывающими «любить себя, вопреки всему миру».

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

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

*Юлия Власова*

# Введение

Аналитико-катаргическая терапия (АКТА – *аналитико-катаргическая 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 скомпроме-

тирован 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 психоаналитиче-

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

энергии, вытеснения переживаний (лежащие, например, в основе истерических амнезий); был выдвинут принцип аналитической терапии, т. е. лечения путем выявления неосознаваемых больным переживаний.

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

сал, что было бы крайне легкомысленным представить себе, что достаточно разъяснить больному природу и симптомы его заболевания в свете павловского учения о неврозах, чтобы добиться его полного выздоровления (Мясищев В. Н., 1960). Смысл патогенетической психотерапии заключается в совместном с больным психогенетическом анализе источников его заболевания, с осознанием больным своих отношений как факторов развития невроза.

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

Другим слабым местом патогенетической психотерапии,

наряду с ограничением непосредственного доступа к неосознаваемым психологическим содержаниям, является недостаточное использование ею катартических механизмов психотерапии, точнее, отсутствие технических средств, предназначенных для вызывания катарсиса.

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

логических 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, по-

сколькx воздействию 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 изливание чувств, если оно происходит в пустом чулане». Реальное эмоциональное взаимодействие пациента с терапевтом в процессе психотерапии и рассказ о своем прошлом зачастую вызывают сильные эмоции, сопоставимые с теми, которые возникали в реальной ситуации. Рассказ о прошлом, как от-

мечает 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 учиты-

вает 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 разному уровню интеграции в эту систему принципов и методов гуманистического и когнитивно-бихевиорального направлений современной психотерапии. Результаты этих разработок отражены в сборнике «Интегративные аспекты современной психотерапии», вышедшем в 1992 году под редакцией Б. Д. Карвасарского, Г. Л. Исуриной и В. А. Ташлыкова.

Именно на этом пути формировалась аналитико-катартическая терапия – второе направление, возникшее на основе метода 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. Зачепиского, следует рассматривать в историческом контексте как первоначальную версию психотерапии, основанной на психологии отношений.

В нашу задачу входило создание более доступного для па-

циентов, 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 *катарсис* как *осознание*, которое возникает в виде озарения на высоте интенсивного переживания, сопровождаясь снятием психологической защиты с высвобождением подавленных чувств. Этот метод приводит в движение несколько неразрывно связанных между собой лечебных механизмов – абреакцию, кларификацию, «ага-переживание», – которые в свою очередь способствуют вызыванию личностных изменений. Таким образом, катарсис связан не только с осознанием, но и с последующей перестройкой психологических отношений. Аналитико-катартическая терапия не сводит катарсис к эмоциональному отреагированию. В аналитико-катартической терапии катарсис

является *психотерапевтической техникой*.

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

ностью 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 конфронтрует пациента с этими проявлениями психологической защиты (проекцией, интроекцией, ретрофлексией и др.), добиваясь снятия защиты и наступления осознания.

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

В контексте психотерапии следует различать *переживание* как продолжительный и в значительной степени неосознаваемый психический процесс и его завершение в виде *ага-переживания* как внезапного (в виде озарения) осознания сущности психологической проблемы. Сбор анамнеза в процессе бесед-дискуссий с анализом жизни, личности и патогенной ситуации пациента можно рассматривать отчасти как

подготовительный этап психотерапии – этап количественного накопления информации, необходимой для изменений, как подготовку к качественному прорыву на более высокий уровень самосознания. На этом «фоне» в виде «фигур» применяются катартические техники, приводящие к ага-переживанию. В этих беседах затрагиваются болезненные точки, конфронтация пациента с которыми приводит к актуализации переживаний и интенсивной интроспекции. Пациенту не разъясняют, в чем суть его проблемы, ему лишь указывают на эти болезненные точки. Он близок к осознанию, но еще полон внутренних противоречий, сомнений, еще сопротивляется, цепляясь за уже пошатнувшийся и надтреснутый образ своего «Я»; он в смятении, нерешительности, подавлен – одним словом, испытывает состояние глубокого душевного кризиса. Применяемые на этом фоне катартические техники действуют подобно шокотерапии, однако «прорыв» к новому восприятию реальности возможен лишь при условии достижения необходимой степени «зрелости» пациента. «Бесполезно трясти дерево, пока плод не созрел». Более или менее длительный подготовительный этап призван способствовать процессу «созревания».

Суть катартической техники состоит не в том, чтобы вызвать сильные душевные волнения путем проигрывания *конфликтных ситуаций* из прошлого или настоящего – если бы ставилась такая задача, то трудно было бы рассчитывать на большее, нежели эмоциональное отреагирование, – а в том,

чтобы осознать *внутренний конфликт* через его проигрывание: психодрама разыгрывается не в межличностной плоскости отношений, а сугубо в интрапсихической. Эта монодраматическая техника называется «встречей» (энкаунтер). Под «встречей» понимается столкновение противоречивых отношений личности – двух составляющих внутреннего конфликта, одна из которых не осознается протагонистом в силу его сопротивления. Если применять язык гештальт-психологии, то эта неосознаваемая часть конфликта находится в области фона; ее необходимо переместить в область фигуры, другими словами «заметить» ее. Однако проблема состоит в том, что протагонист активно не желает замечать очевидное («слепое пятно»), всячески уклоняется от признания наличия у себя неприемлемых для образа его «Я» тенденций, прибегая к различного рода механизмам психологической защиты. И дело здесь вовсе не в недостатке логических или критических способностей: осознанию препятствует аффективная переработка конфликта, логика уступает напору сильных эмоций. «Встреча» – это еще и взаимодействие терапевта и протагониста (пациента). Терапевт подготавливает эту встречу и проводит ее – все находится под его контролем. Терапевт замечает очевидное противоречие, он видит «слепое пятно» (в чужом глазу...) или, по меньшей мере, различает размытые контуры просвечивающей сквозь фон фигуры. Его задача – помочь пациенту, различить четкие очертания, переместить фигуру в область ясного восприятия. С

этой целью терапевт принимает на себя роль режиссера, применяя конфронтационную технику «диалог-встреча»: протагонисту предлагается провести диалог между конфликтующими сторонами своей личности, поочередно отождествляясь с каждой из них. Именно благодаря процессу отождествления протагониста с отвергаемой стороной конфликта она становится зримой для пациента, доступной для осознания. Диалог, как правило, начинается весьма вяло, но постепенно, благодаря действиям терапевта, направленным на обострение конфликта и преодоление сопротивления 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 до-

стигалось 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 глубоко 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, лично-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 восстанов-

лении 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 фокусировать-

ся 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 обуславливают ее невыносимость 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.

# 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.