

## **Принципы онтогенетически ориентированной психотерапии**

*Ю.С. Шевченко, А.В. Урадовская*

Кафедра детской и подростковой психиатрии,  
психотерапии и медицинской психологии  
РМАПО, Москва.

Как правило, психогенный срыв в виде невротических, психосоматических и поведенческих расстройств, происходит под действием испытаний, выпадающих на долю если не всех, то очень многих людей. И неспособность справиться с межперсональными и внутриличностными конфликтами без ущерба для здоровья указывает на существенную, если не определяющую роль индивидуальных особенностей, характеризующихся наличием *locus minoris resistentiae* в природно-, индивидуально- и/или социально-психических структурах личности, сформировавшихся на предшествующих этапах психического развития. Именно психическим дизонтогенезом обусловлены такие характеристики пограничных состояний как общий или парциальный психический инфантилизм, незрелость механизмов психологической защиты, несовершенство врожденно-приобретенных приемов эмоциональной саморегуляции, алекситимия т.д. Большинство из этих дизонтогенетических образований формируются в детском возрасте и в последующем (по миновании сенситивного периода для естественного формирования соответствующей зрелой функции) уже самостоятельно не дозревает, а остается слабым звеном в психической организации индивида, делая его повышенно чувствительным к тем или иным жизненным испытаниям и естественным возрастным психофизиологическим кризам.

Общими принципами интегративной онтогенетически ориентированной психотерапии являются следующие: сочетание лечебно-реабилитационного и коррекционно-психологического (при необходимости, воспитательно-социализирующего) подходов; включение в мишени комплексного воздействия на пациента не только актуальных психотравмирующих и дезадаптирующих переживаний, но и преморбидных, а также сформировавшихся в процессе болезни дизонтогенетических образований природно-, индивидуально- и социально-психического уровня; формулировка в качестве оптимальной модели результатов психотерапевтического процесса не того био-психо-социального статуса, который характеризовал пациента до возникновения расстройства, а более зрелый, гармоничный и жизнестойкий статус, максимально приближенный к критериям конституционально-возрастной нормы (учитывающим закономерности онтогенеза мышления, высших психических функций, общения, аффективной организации поведения, психологических защитных механизмов,

самосознания, потребностей, личности); включение в пространственно-временные координаты интеграции различных психотерапевтических методов трех направлений – «здесь и теперь», «тогда и там», «вскоре и вблизи», отражающих настоящее, прошлое и будущее пациента; гармонизация сложившейся личностной структуры пациента, существующих семейных отношений, реальной микросоциальной ситуации за счет сочетания двух разнонаправленных психотерапевтически-коррекционных процессов: первого – «позитивного регресса» за счет оживления и совершенствования (в том числе с помощью моделирования искусственных сензитивных периодов) ранних, природно-психических форм общения (в т.ч. безречевого), саморегуляции, мышления, деятельности с активным включением их в процесс адаптивной перестройки психики в качестве ранее не используемых резервов и второго – «психоэлевации» в виде стимуляции (в том числе с помощью специального создания проблемных ситуаций и жизненных сценариев) освоения пациентом и его ближайшим окружением более зрелых индивидуально- и социально-психических уровней функционирования, находящихся в их «зоне ближайшего развития», что позволяет походить к сегодняшним проблемам с позиций более зрелой и опытной личности; сочетание эволютивно-динамических и эмоционально-стрессовых форм психотерапевтического воздействия, позволяющих преодолевать инертность устойчивого патологического состояния, затрудняющего осуществление реконструктивно-кондуктивной психотерапевтической программы.