

## КОНЦЕПЦИЯ ИНТЕГРАТИВНОЙ ОНТОГЕНЕТИЧЕСКИ ОРИЕНТИРОВАННОЙ (реконструктивно - кондуктивной) ПСИХОТЕРАПИИ Ю.С.Шевченко

Характерная для настоящего этапа развития российской психотерапии переориентация с директивных методов на недирективные, а также возможность широкого знакомства с различными теоретическими концепциями и практическими техниками, существующими в мире, являются несомненным стимулом для развития данной дисциплины. Одной из особенностей современной психотерапии является тенденция отказа от ортодоксального следования канонам той или иной классической школы в стремлении к интеграции самых различных подходов и методов [42].

Что касается концептуального аспекта проблемы внутридисциплинарной, междисциплинарной и транскультуральной интеграции, то отмечающийся приоритет чисто прагматического применения психотерапевтических и психокоррекционных техник, особенно в условиях потока информации о различных, часто чуждых психотерапевтических школах Запада и Востока, требует теоретико-методологической корректировки [1,3,51,74]. В противном случае существует опасность сугубо эклектического и малообоснованного применения случайного набора отдельных психотерапевтических приемов, лишенного интегрирующего стержня, способного объединить широкое многообразие существующих методик и техник, направленных на разные уровни психической организации человека.

В отличие от «эклектической психотерапии» истинно интегративная психотерапия предполагает, прежде всего, концептуальный синтез разных базисных систем и уже на этой основе объединение конкретных лечебных методов, возникших из различных теоретических источников [23,28,81]. При этом, чем более общим, выходящим за координаты собственно психотерапевтической парадигмы (в рамках которой любая синтетическая методика, так или иначе, тяготеет к ее суггестивному, когнитивному, бихевиоральному или психоаналитическому полюсу), является концептуальный стержень интеграции, тем большее количество разнородных практических

подходов он в состоянии идейно примирить. Крайние точки этого стержня определяются диалектической сущностью человека, как “общественного животного” и его психики, как природно-социального образования со сложной многоуровневой структурой.

Биологически ориентированная модель интегративной психотерапии была разработана в России профессором В.Е.Рожновым [59,60] под влиянием учения Ганса Селье и развивалась московской школой под названием “эмоционально-стрессовая психотерапия”. Сам автор концепции практически реализовал в ее рамках интеграцию методов суггестии (в форме эмоционально-стрессового гипноза), рациональной психотерапии (в форме сократического диалога – диалога а ля Сократ) и системы психической саморегуляции, проводимой как медитационная аутогенная тренировка [60]. В то же время, поскольку ключевым словом в названии данной концепции является слово “стресс”, то она способна интегрировать самые различные методики (включая психодраму, арт-терапию, радикальные бихевиоральные и иные приемы), целенаправленно использующие мобилизующий психофизиологический эффект эмоционального потрясения [37,47,50,56,69].

Психологическая модель интеграции разрабатывается в России Санкт-Петербургской психотерапевтической школой во главе с профессорами Б.Д.Карвасарским, Г.Л.Исуриной [25,27,28] и другими и получила название “личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии” [28]. Основанная на психологии отношений и учении о неврозах В.Н.Мясищева [46] эта психодинамически направленная концепция в качестве основной цели ставит позитивные личностные изменения в виде реконструкции и гармонизации нарушенной системы отношений за счет коррекции неадекватных когнитивных, эмоциональных и поведенческих стереотипов. В качестве методических приемов реализации данного подхода используются групповая дискуссия, психодрама, психогимнастика, психопантомима, проективный рисунок, музыкотерапия и проч. В систему личностно-

ориентированной (реконструктивной) психотерапии интегрируются принципы и методы бихевиоральной, когнитивной и гештальт-терапии [1,28,37].

Обе национальные концепции интегративной психотерапии представляются вполне обоснованными и взаимодополняющими. В то же время их механический перенос на детско-подростковый возраст вряд ли возможен, хотя бы в силу того, что интенсивно растущий и созревающий организм ребенка и так находится в состоянии почти перманентного психофизиологического стресса, что оставляет не так уж много сил для дополнительной мобилизации его внутренних резервов. Однако, если речь идет о стрессовом воздействии на инертный “порочный круг” (*circulus vitiosus*) хронических патогенетических механизмов болезни, т.е. на «устойчивое патологическое состояние» (по Н.П.Бехтеревой) [6] ребенка и его среды, способном разорвать сложившуюся патологическую систему и “вытолкнуть” пациента и его ближайшее окружение на более здоровый уровень функционирования, то данный принцип оправдан в любом возрасте [4,5,14,24,45,55,85].

С другой стороны, и собственно личностная ориентация психотерапевтических воздействий возможна не ранее 3-х летнего возраста, когда ребенок начинает пользоваться местоимением “Я “. В то же время как собственно психотерапия, так и практически неотделимая от нее в детской практике психологическая коррекция, осуществляемые в самом раннем (и даже в пренатальном) возрасте признаны не только возможными, но и наиболее перспективными направлениями в обеспечении психического здоровья подрастающих членов общества [18,19,31,32,78]. В самом деле, если психическая травма рождения или деструктивный психологический симбиоз (*дословно - сожительство*) с матерью будут предотвращены или изжиты в раннем возрасте, то взрослому человеку не потребуются многолетней психоаналитической работы над разрешением этих вытесненных в подсознание проблем.

Но и позже чисто реконструктивная направленность лечебного процесса в отношении активно формирующейся и развивающейся психики ребенка выглядит явно недостаточной.

Кстати, термин “реконструкция”, используемый авторами и приверженцами указанной концепции [1,27] имеет два значения: 1 - восстановление облика чего-либо по сохранившимся остаткам или описаниям; 2 - коренное переустройство; перестройка по новым принципам; переоборудование, усовершенствование или упорядочение чего-либо. Говоря о реконструктивной психотерапии, в каждом конкретном случае следует уточнять о какой перестройке идет речь – о восстановлении того, что разрушено болезнью, либо о качественном изменении изначально несовершенного «здания души». Оба подхода закономерны и являются основой интеграции усилий врача и психолога при лечении конкретной болезни у конкретного больного или психологической коррекции конкретного клиента с конкретными расстройствами, связанными с проблемой адаптации и реализации индивида в социуме.

Когда же речь идет об интенсивно протекающем процессе созревания и формирования психики (а в этом общем контексте и личности ребенка), то идеальной моделью окончательного результата психотерапии является не восстановление (даже в улучшенном варианте) того, что было до болезни или декомпенсации. В этом смысле термин “реконструкция” уже не охватывает всего спектра лечебно-коррекционных и воспитательно-социализирующих задач детско-подростковой психотерапии. Наряду с реконструкцией ущерба, понесенного на предыдущем этапе развития, следует обеспечить необходимые средовые условия для следующего этапа, а также стимулировать внутренние факторы, запускающие механизмы функций, развитие которых стоит “на повестке дня”. На психологическом языке речь идет об опережающем обучении и оптимизации условий овладения «зоной ближайшего развития» (по Л.С.Выготскому) [12]. Напомним, что под зоной ближайшего развития понимается расхождение в уровне трудности задач, решаемых ребенком

самостоятельно (с позиций «актуального уровня развития») и задач, решаемых под руководством взрослого. Обучение тому, что ребенок уже потенциально в состоянии усвоить, но не самостоятельно, а с помощью значимого взрослого ведет вперед его интеллектуальное развитие и стимулирует личностный рост. Освоенные ребенком новые возможности функционирования начинают характеризовать его более зрелый уровень актуального развития, тогда как зона ближайшего развития элевирует к следующему возрастному этапу, что требует нового направляющего обучения и воспитания, ведущего за собой процесс взросления. Т.о. значимый взрослый (родитель, учитель, психолог, психотерапевт) могут и должны играть роль своего рода кондуктора, сопровождающего, стимулирующего и направляющего развитие ребенка.

Народная мудрость гласит: “Время - лучшее лекарство, а жизнь - лучший учитель”. Любой психотерапевтический процесс представляет для пациента определенный отрезок жизни, во время которого он становится участником и одновременно основным объектом эксперимента, время которого относительно увеличивается за счет его насыщения когнитивной, эмоциональной и событийной информацией. Цель этого эксперимента - изменить психику в саногенном направлении (воссоздать разрушенное, существенно перестроить, развить то, что незрело, от тормозить и субординировать устаревшее и архаичное, восполнить своевременно недополученную или неусвоенную информацию, создать условия оптимального перехода на следующий этап развития).

При этом, чем более аномальными являются социальные условия жизни, тем в большей степени в задачи психотерапии входят *экстрапсихические* (по Ж.Годфруа) [13] изменения (овладение ситуацией, переделка или смена ее), либо нахождение в тех же условиях наиболее приемлемой социальной ниши, обеспечивающей удовлетворение индивидуальных потребностей и наиболее полную самореализацию. Здесь психотерапия (включающая семейную терапию, “терапию среды” и “терапию средой”), наиболее тесно переплетается с социальной помощью. И естественно, что возможностей для качественного

улучшения условий жизни ребенка гораздо больше по сравнению с мало изменяемым социальным бытием взрослых пациентов.

Чем более в основе дизадаптации лежат индивидуальные отклонения психики от условных границ возрастной психофизиологической нормы, (что может быть обусловлено конституциональной аномалией, влиянием болезненного процесса, либо результатом деформирующего личность опыта предыдущей жизни), тем более в задачи психотерапии входит *интрапсихическая* перестройка, целенаправленное воспитание и перевоспитание личности. Здесь психотерапия (включающая клиент-центрированные и психокоррекционные формы воздействия), интимнейшим образом переплетается с педагогикой.

Основополагающую роль в детско-подростковой психотерапии (существующей на пересечении социальных, психологических, клинко-психиатрических и педагогических координат), играет эволюционно-биологическая концепция психических заболеваний и, в частности, учение о психическом дизонтогенезе [29,30,70,72]. Это делает онтогенетически ориентированный подход открытым для самых различных методов и приемов лечебно-коррекционного воздействия. Таким образом, в отношении детей и подростков личностно-ориентированной интеграции психодинамических, гуманистических и бихевиоральных направлений психотерапии [2] соответствует онтогенетически адаптированный ее вариант, названный нами “онтогенетически ориентированной (реконструктивно-кондуктивной) психотерапией” [77].

Психофизический облик ребенка, в отличие от взрослого, качественно меняется в течение короткого времени и тем быстрее, чем младше возраст. Стало быть, оптимальной моделью психического статуса к моменту окончания психотерапевтического цикла является не та эмоциональная, интеллектуальная и поведенческая структура, которая характеризовала психический облик пациента до начала болезни (пусть даже до того она соответствовала критериям возрастной нормы), а та, которая сформировалась бы к этому времени при

сохранении благоприятных внешних и внутренних условий созревания. Кстати, психологические механизмы аккомодации и ассимиляции, (приспособления и овладения), сформировавшиеся в том или ином возрасте и закрепившиеся реакцией ближайшего социального окружения в качестве адаптационных, став инертными, в более старшие возрастные периоды могут приобретать характер гиперкомпенсаторных, условно- и явно патологических, затрудняющих психическое развитие индивида, снижающих его жизнестойкость. Это требует их замены более зрелыми и разнообразными механизмами психологической защиты и копинг-стратегий [48].

Так, наличие всеобъемлющей взаимной зависимости матери и ребенка на этапе его раннего онтогенеза является нормальным феноменом, обеспечивающим выживание младенца и закладывающим предпосылки его будущей социабельности. Однако, сохранение в неизменном виде такой же тесной связи на более поздних этапах развития ребенка (дизонтогенез привязанности) не только осложняет его сексуально-семейную самореализацию (вплоть до безбрачия и бездетности), но и делает его уязвимым в плане формирования зависимости от психоактивных веществ, компьютерных игр и развлечений, лидера, ритуала, различных субъектов и объектов, религиозных сект и проч. [63]. С другой стороны, и сама гиперопекающая мать, своевременно не разорвавшая симбиотическую привязанность к ребенку (что часто неосознанно демонстрируется ею в виде использования местоимения «Мы» в рассказе о дочери или сыне уже давно говорящих о себе в первом лице) рискует остановиться в собственном личностном развитии. Это чревато возникновением у нее экзистенциальных проблем по мере взросления ребенка и приобретения им самостоятельности.

В связи с этим детско-подростковая психотерапия (если она не ограничивается чисто симптоматическими целями) нуждается в расширении пространственных координат психотерапии, достаточных в отношении взрослых пациентов, за счет присоединения к триаде медицинского, психологического и социального обеспечения лечебно-коррекционно-реабилитационного процесса четвертого полюса влияния на пациента-клиента, а именно - воспитательного. Последнее предполагает введение и в методологические, и в организационные основы психотерапии детей и подростков существенных общепедагогических и коррекционно-педагогических (дефектологических) компонентов, включая перспективные отечественные методики нейропсихологической коррекции детей с отклонениями в развитии [32,33,65,66], а также трансформированные приемы

инициации, потребность в которой фрустрирована современным обществом [62,84].

Интенсивный “не по дням, а по часам” процесс биологического, психологического и социального созревания ребенка детерминирует и качественно иной взгляд на временные координаты психотерапевтического процесса. Если “взрослая” психотерапия во многих случаях может вполне ограничиться обращением к настоящему (измеряемому десятками лет) социально-психическому и психофизиологическому статусу пациента, соответствующему возрасту зрелости и к его прошлому (в котором остались наиболее интенсивные этапы его онтогенеза), то вся работа с ребенком и подростком буквально пронизана будущим. И в работе с настоящим, и обращаясь к прошлому пациента детско-подростковый психотерапевт все свои лечебные, психокоррекционные, социальные и воспитательно-образовательные мероприятия и рекомендации соотносит с предстоящими этапами созревания и развития природно-, индивидуально- и социально-психических компонентов личности.

Да и во многих случаях работы со взрослыми пациентами исключение «будущего» из координат психотерапевтической программы редуцирует ее на инстинктивный уровень краткосрочных стратегий, превращая психотерапию в искусство манипулирования пациентом (от шаманства, обращающегося к архаике магического мышления до примитивной рационализации типа «живи сегодняшним днем»).

Основной идеей онтогенетически-ориентированной психотерапии является гармонизация личностной структуры пациента, его семейных и внесемейных взаимоотношений, а также решение актуальных психотравмирующих проблем за счет сочетания двух разнонаправленных процессов. Первый (в виде *позитивного регресса*) направлен на оживление онтогенетически ранних, природно-психических форм общения (в том числе безречевых), саморегуляции, мышления, деятельности с активным включением их в процесс адаптивной перестройки и гармонизации психики в качестве ранее не используемых резервов. Второй (в виде *психоэлевации*) направлен на одновременную стимуляцию освоения личностью пациента и его ближайшим окружением более зрелых индивидуально- и социально-

психических уровней функционирования, которые находятся в их “зоне ближайшего развития” (по Л.С. Выготскому).

При этом разнообразие теоретических первооснов применяемых воздействий компенсируется методологическим единством их конкретного приложения к целям и задачам саногенного воздействия на психику ребенка. Воздействия, ориентированного на онтогенетические закономерности формирования психических свойств, функциональных систем и личности [10-12,36,38,40,41,53]. Т.о. лечебно-восстановительные задачи, общие с “реконструктивной” личностно ориентированной психотерапией [27,37], дополняются “кондуктивными” (по И.А. Скворцову) [67] задачами оптимизации созревания психических функций, уровней нервно-психического реагирования и компонентов личности в соответствии с нормами сравнительно-возрастной психологии.

Соответственно “сегодняшние” проблемы пациента решаются как за счет их рассмотрения на уровне его актуального функционирования, так и за счет “психозелевации” т.е. возвышения пациента до зоны его ближайшего развития. Это позволяет подойти к тем же проблемам с “высоты” нового уровня онтогенеза мышления (например, не только конкретно-образно, но и абстрактно-логически их осмыслить), более зрелого (внеситуативно-личностного) уровня онтогенеза общения [41], и аффективной (уровень эмоционального сопереживания) организации поведения [39,49], включенного и усовершенствованного механизма вероятностного прогнозирования и антиципации [44], самосознания (развивающегося в процессе самопознания и эмоционально-ценностного отношения личности к себе), дополненного способностью к саморегулированию собственного поведения [7,76], “утверждающе-действенной” стадии личностной зрелости [73], сформированных высших потребностей [15,43].

С другой стороны, позитивный регресс к более ранним уровням психической организации (например, активизация и доразвитие тактильного контакта и невербальной экспрессивности, ситуативно-личностного и

ситуативно-делового общения, наглядно-действенного мышления, инстинктивных и онтогенетически ранних механизмов управления поведением и психотехнических приемов саморегуляции психического тонуса), включает психодинамические процессы не только в плане катарсического отреагирования тех или иных инфантильных конфликтов. Он также восполняет, гармонизирует ущербный опыт индивидуального и социального функционирования. Подобный процесс “позитивного регресса” (возвращения к онтогенетически ранним формам психического отражения, общения и деятельности, не сопровождающегося как при патологическом и гипнотическом регрессе утратой способностей, которые присущи уровню актуального развития), является необходимым условием исправления дефектов воспитания и обучения, возникших на предыдущих этапах онтогенеза.

Известно: то, что пропущено, не сформировано (а также не отторжено и не субординировано) в соответствующий “сензитивный” период развития, само по себе не компенсируется автоматически в более старшем возрасте, а требует специальных и сложных усилий [38]. Аномально сложившаяся «закрытая» функциональная система, нуждается в настойчивых дестабилизирующих воздействиях, способных инициировать для нее искусственный «нештатный» критический период, заставить ее «открыться», перестроиться, как бы заново переформироваться из устойчивого патологического состояния в новую, нормальную для данного возраста функцию [67].

Более того, в самом контексте того или иного онтогенетически ориентированного психотерапевтического приема заложена предпосылка интеграции индивидуализированных природно-психических и социально-психических (по В.В.Ковалеву) компонентов личности и на этой основе - более зрелого и гармоничного отношения к актуальным болезненным переживаниям и дизадаптирующим проблемам.

Можно привести ряд примеров позитивного регресса к предыдущим этапам развития создающего искусственные «сензитивных периоды» для несовершенно сформировавшихся функций и их ре-онтогенеза. Это такие приемы, как: активное общение в рамках “режима молчания”; разнообразие последовательностей реализации алгоритма “назвал - увидел - показал” в методике “говорящая пантомима”; вербализация собственных эмоций с помощью

их сенсоризированного метафорического обозначения по конкретному вкусу, цвету, температуре, консистенции и т.д. в процессе разыгрывания конфликтных ситуаций; самостоятельное формирование интраектов как непосредственный результат чувственного опыта, полученного в проблемно-деловой игре; внушение, в том числе устами родителей, установки на сознательное повышение ребенком самостоятельности, ответственности и реалистичности в принятии решений; бихевиоральное моделирование социально приемлемых способов канализации собственной агрессивности и других инстинктивно-архаических детерминант поведения; оживление инстинктивных уровней аффективной саморегуляции в процессе сюжетного воображения и музыкотерапии; моделирование фило-онтогенетических этапов инициации в процессе группового взаимодействия и проч. [8,79].

При этом лечебно-коррекционное взаимопроникновение "позитивного регресса" и "психоэлевации" осуществимо на всех уровнях психики - от нейропсихологического до личностного.

Данный тезис можно проиллюстрировать на модели *алекситимии* – дизонтогенетическом аффективно-когнитивном феномене, проявляющемся в трудностях осознания, дифференциации и вербализации эмоций. Доказано, что алекситимия участвует в патогенезе (психогенезе) психосоматических заболеваний, алкоголизма, наркоманий, а также снижает способность к эмпатии (а стало быть, к взаимопониманию при общении) и к ориентации в собственных желаниях, что создает предпосылки к импульсивно-компульсивному поведению [54]. Считается, что у взрослых людей алекситимия может иметь вторично-регрессивный характер и быть следствием душевного заболевания или психической травматизации в результате изнасилования, военных действий, бегства из мест проживания и проч. и выполнять функцию примитивного защитного механизма (не допускающего мучительные воспоминания в сознание). Чаще же, а у детей - как правило, алекситимия имеет первично-дизонтогенетическую природу и отражает изначальную несформированность способности к кодированию и переработке эмоциогенной информации.

Причины того, что в определенном (сенситивном для данной функции) возрастном периоде у ребенка не сформировалась способность вербально обозначать (и, соответственно, отреагировать) собственные эмоции могут быть различными. Дизнейроонтогенетические факторы могут обусловить нейрофизиологическую природу первичной алекситимии, как следствия дефекта мозолистого тела или аномальной локализации центра речи (правополушарную, либо билатеральную), и/или как результата нарушения в области палеостриального тракта. Из-за этого импульсы от лимбической системы не доходят до коры головного мозга, а «правополушарные» эмоции не идентифицируются левым, «речевым» полушарием. Соответственно, в данном случае онтогенетический подход предполагает проведение нейропсихологической (сенсомоторной) коррекции, как бы заново прокладывающей онтогенетический путь ниже-верхней, право-левой, задне-передней и леволобно-нисходящей структурно-физиологической организации психических функций [33,66].

Помимо церебрально-органической природы первично-дизонтогенетическая алекситимия может быть обусловлена условиями воспитания маленького ребенка, поскольку даже при сохранном мозге для того, чтобы научиться дифференцировать и называть свои чувства человек должен, как минимум, слышать, как это делают другие. Основа адекватного эмоционального функционирования закладывается в системе мать-дитя в раннем, довербальном периоде развития и далее формируется и совершенствуется в процессе внутрисемейных взаимодействий. Понятно, что родители, плохо осознающие и вербализирующие свои чувства (не умея это делать, или установочно сдерживая собственную экспрессивность), формируют алекситимию у собственного ребенка, способного испытывать эмоции, но не обученного с ними взаимодействовать. Соответственно в семейной психотерапии таких случаев элевированию ребенка к

способности адекватно отреагировать свои эмоции должен предшествовать позитивный регресс родителей к непосредственной вербально-невербальной экспрессивности, поскольку не научив ребенка чувственно переживать «горькую обиду», «тяжелую усталость», «зеленую тоску», «холодное презрение», «тихую радость», «светлую печаль», «горячую любовь», «сладкое слово Свобода» и т.д. и т.п. трудно рассчитывать на его активное самосовершенствование в соответствии с личностным императивом – «В человеке все должно быть *красиво...*».

Наконец, макросоциальная обусловленность распространенности алекситимии в нашей стране связана, по мнению Ф.Б. Плоткина [54] с отсутствием у молодежи сформировавшейся привычки к постоянному чтению, которое является наиважнейшим средством познания мира и формирования полноценной личности. Кроме того, практикуемое последнее время издание классической литературы для школьников в сокращенном (скупом фактологически-хронологическом) виде, лишенном описаний красот природы, размышлений и эмоциональных переживаний героев в точности соответствует оперантному мышлению алекситимиков. Это же можно сказать о формализованном, поверхностном общении, опосредованном техническими средствами (Интернет, SMS-сообщения), а также о системе ложных ценностей, активно навязываемых в СМИ и рекламе. Схематичный, упрощенный, формализованный технократический и жаргонно-рекламный язык современных тинэйджеров функционально связан преимущественно с левым полушарием и минимизирует его взаимодействие с правым полушарием, отвечающим за эмоциональность в ее соматовегетативном комплексе. Соответственно, личностно ориентированная психотерапия алекситимии, исправляющая искаженную картину мировосприятия и мироощущение должна включать возвращение к базисным социокультуральным основам психического онтогенеза. Это обеспечивается, в частности, различными формами арттерапии (библиотерапия, музыкотерапия и проч.), в том числе такими приемами, как лечебная драматизация, психопантомима, мелодекламация, бардовская песня и т.п.

Таким образом, представленная концепция естественным образом дополняет две другие отечественные концепции неэклетической интеграции, поскольку позволяет объединить биологически (эмоционально-стрессовая психотерапия) и социально (личностно-ориентированная психотерапия) акцентированные подходы к человеческой сущности на основе третьей важнейшей детерминанты ее био-психо-социального единства – непрерывного (от слияния половых клеток до самой смерти) развития, онтогенеза.

В соответствии с концепцией онтогенетически ориентированной (реконструктивно-кондуктивной) психотерапии и психокоррекции [83] нами [79] разработана практическая методика семейно-групповой лечебно-коррекционной работы, интегрирующей различные приемы гештальт-терапии, бихевиорально-когнитивного подхода, суггестии и аутосуггестии, игровой, творческой и коллективной психотерапии, психогимнастики, психодрамы, трансактового анализа, нейролингвистического программирования, этологической психиатрии и других клинико-

психологических направлений, а также оригинальные экстра- и интрапсихические приемы терапевтического, исправляющего и развивающего воздействия на ПОТРЕБНОСТНО - МОТИВАЦИОННУЮ, СОЦИАЛЬНО - КОММУНИКАТИВНУЮ, КОГНИТИВНО - МНЕСТИЧЕСКУЮ и ДЕЯТЕЛЬНОСТНО - ВОЛЕВУЮ сферы пациентов в трех пространственно-временных измерениях /“здесь и теперь“, “тогда и там“, “вскоре и вблизи“/.

Эти сферы (в сочетании с ПОДСОЗНАТЕЛЬНО-АРХЕТИПИЧЕСКОЙ и ЛИЧНОСТНО-МИРОВОЗЗРЕНЧЕСКОЙ) являются общими мишенями онтогенетически ориентированной психотерапии.

Так, чтобы ребенок не отбился от рук, надо своевременно приучить его к рукам. Мать, удовлетворяя врожденные **потребности** ребенка (без чего он просто не выживет), запускает формирование у него потребности в партнерстве. Последняя с возрастом проявляется в любви, дружбе, творчестве, гуманизме (т.е. человеколюбии как генерализованном родительском поведении) и мотивирует соответствующую активность. «Любовь к родине начинается с семьи», как совершенно справедливо отметил Ф.Гальтон.

Известная «пирамида потребностей» Абрахама Маслоу справедлива только в первом приближении, поскольку имеет место разнообразие человеческих личностей, отличающихся степенью выраженности разных потребностей и их субординацией. При этом они динамически сменяют друг друга в своей мотивирующей активности, взаимодополняются или конкурируют и, наконец, формируются в процессе жизни [21]. Представление о соотношении потребностей у каждого человека свое, оно отражает мировоззрение конкретной личности (которое, в отличие от врожденных потребностей, формируется в онтогенезе в тесном взаимодействии с социальными связями и отношениями, самосознанием, на базе коллективного бессознательного и под влиянием опыта). Так смысл воровства у каждого свой, хотя витальная потребность в присвоении и накоплении жизненных благ носит врожденный характер, а изначально реализующие её комплексы фиксированных движений (КФД) универсальны, хотя и поддаются произвольному совершенствованию.

Этология открыла широкий спектр индивидуальных форм врожденных человеческих потребностей. Половое влечение (наиболее очевидное и универсальное), агрессия, собирательство, обогащение, честолюбие или стремление оставаться незаметным у разных людей выражены в разной степени. Если запретить боксеру по призванию регулярно участвовать в единоборствах или любых других соревнованиях, филателисту по натуре собирать марки или камушки, врожденному артисту демонстрировать себя на сцене, а генералу в душе – командовать – они просто заболеют. Это те «сильные» качества, на реализации которых можно строить социализацию детей.

На этологические механизмы могут накладываться условнорефлекторные, что предполагает сочетание этологического и бихевиорального подходов в науке и

психотерапии. Этим объясняется феномен сохранения доминантного статуса состарившимся вожакom. Его скорее сместит конкурент-пришелец, над которым не довлеет условный рефлекс социальной роли. Встречная модель – «нет пророка в своем отечестве». Отсюда: «Молодым везде у нас дорога» (главное подальше от родных мест), а «Старикам всегда у нас почет» (гарантия сохранения незыблемости иерархии).

Чтобы в процессе **социальных коммуникаций** обрести друзей и соратников надо научиться играть по правилам. Как сказал поэт – «Что наша жизнь – игра». Умея достойно проигрывать, не нарушая правил можно рассчитывать на победу, как в спортивных, так и в политических играх. Отсюда универсальность бихевиорального подхода для воспитания, психологической коррекции, психотерапии и социализации человека.

Мы гордо называем себя *homo sapiens sapiens*. Однако, не научившись логически думать, не станешь мыслителем. Онтогенез **интеллектуально-мнестической** сферы предполагает последовательное овладение наглядно-действенным, конкретно-образным и абстрактно-логическим мышлением. Кто четко мыслит – тот четко излагает и становится понятным окружающим. В этом залог счастья, ибо «Счастье – это когда тебя понимают».

Педагоги утверждают, что взрослеть надо рядом с Великим. «Плох тот солдат, который не мечтает стать генералом». Но и генерал без солдатского опыта, воспитывающего **волю**, вряд ли станет великим полководцем. Не научившись дисциплине, не подашь пример и не возглавишь победоносную армию.

Магическое мышление, характерное для ребенка с возрастом дезактуализируется, но никуда не исчезает. И «сон разума порождает чудовищ». Но осознанные образы подсознательного способны стать источником творчества и наслаждения, гармонизировать взаимодействие **архетипа** и реальной действительности, примирить тело, душу и дух. Как сказал умудренный жизнью герой Л.Н.Толстого: «Умру - трава вырастет», просто и афористично сформулировав саму диалектику природы.

Человек – частица мироздания. Последовательно познавая мир на чувственном, абстрактном и практическом уровнях человек формирует собственное **мировоззрение**, способное обеспечить гармоничное

взаимодействие с живым и неживым Миром, не нарушающее законов экологии. В том числе и экологии души.

Соединив в собственном сознании архетип Бессмертия и творческое мировоззрение «человек Мира» может сказать о себе словами А.С.Пушкина: «Нет, весь я не умру, душа в заветной лире мой прах переживет и тленья убежит...».

Следует сказать, что разработанные на детском материале принципы онтогенетически ориентированной психотерапии с успехом используются и в отношении взрослых пациентов. И это не удивительно, поскольку онтогенез охватывает весь жизненный путь человека от зарождения до последнего вздоха.

Так диссертационное исследование нашей сотрудницы А.В.Урадовской [71], посвященное онтогенетически ориентированной психотерапии взрослых пациентов, обнаружило, что возникновение у них пограничных психических расстройств, а также их клинические проявления и динамика в большинстве случаев определяется сложным взаимодействием психотравмирующих социально-психологических и личностных факторов, в частности конституциональной predisпозиции (психопатологического диатеза), обусловленной механизмами психического дизонтогенеза. Дизонтогенетические проявления различного уровня и выраженности обнаруживаются у них в 97% случаев. Например, имевшая место в раннем возрасте у 84% обследованных пациентов невропатия (как первично-дизонтогенетическое расстройство сомато-вегетативно-инстинктивного уровня) в последующем обнаруживала свои «отголоски» в таких вторично-дизонтогенетических образованиях, как повышенная сенситивность, слабость эмоционально-волевой регуляции, личностная незрелость, готовность к формированию соматоформных, невротических и поведенческих расстройств. Неблагоприятные микросоциальные факторы воспитательного и средового характера имели место в 78% случаев и играли существенную роль в нарушении психического онтогенеза личностного уровня, в частности, они определяли незрелость механизмов психологических защит. Именно наличием дизонтогенетической predisпозиции можно объяснить тот факт, что пограничные психические нарушения у изученного контингента взрослых больных возникали не под влиянием шоковых или субшоковых психотравмирующих воздействий, а вызывались сравнительно слабыми по интенсивности, неспецифичными, но субъективно значимыми факторами, носившими характер психодинамических испытаний, которые часто встречаются в жизни, и не являются безусловно психогенными для зрелых гармоничных личностей.

Дизонтогенез системы психологических защит личности проявлялся в доминировании ранних, типологизированных, примитивных механизмов: *регрессии, реактивных образований, подавления, изоляции, обращения против себя, отрицания, проекции, интроекции* – характеризующихся пассивностью, вынужденностью, малой осознаваемостью и не способствующих реалистической адаптации к действительности. В связи с этим повышение онтогенетического уровня защитных психологических механизмов за счет *интеграции, осознанности, индивидуализированного творческого подхода* способствует личностному взрослению и социальной адаптации. Соответственно, активация, доразвитие, формирование зрелых психологических защит является обязательной мишенью психотерапевтических мероприятий. То же самое относится и к копинг-стратегиям.

Дизонтогенетические механизмы, ставшие основой «психопатологического диатеза» [75,82] срабатывают на всех этапах пограничного психического расстройства, во многом способствуя переходу психогенных реакций (невротических, психосоматических, патохарактерологических) в устойчивое, затяжное и полиморфное психогенное состояние, а последнего в психогенное патологическое развитие личности. В связи с этим уже на первом этапе психогенного пограничного расстройства актуальными дизонтогенетическими мишенями психотерапии являются: *парциальный инфантилизм; алекситимия; незрелость когнитивных схем мышления; недостаточность антиципационных механизмов предвосхищения и вероятностного прогнозирования; состояние межперсональной зависимости и др.* На этапе развернутого психогенного расстройства, включающего патогенетические механизмы устойчивого патологического состояния (по Н.П.Бехтеревой) с частичной утратой зависимости заболевания от первично-психогенных факторов и формированием саморазвивающейся патологической системы мишенями психотерапии становятся вторично-дизонтогенетические образования в виде: *депрессивных; тревожно-фобических; ипохондрических расстройств; поведенческих нарушений*, определяющих «внутреннюю картину болезни», обостряющих уже имеющиеся дизонтогенетические комплексы и создающих предпосылки для возникновения третично-дизонтогенетических расстройств – нажитой психопатизации личности и приобретенной патологии влечений.

В контексте триединства пространственно-временных координат онтогенетически ориентированной психотерапии «позитивный регресс» в работе со взрослыми пациентами практически реализуется благодаря использованию приемов телесно-ориентированной психотерапии, регрессивного гипноза, актуализации невербального общения, применения психоаналитических техник и проч. «Психоэлевация» к зонам ближайшего развития, готовящая пациента к решению проблем ближайшего будущего (смене рода деятельности, окончанию учебного заведения, замужеству, рождению ребенка, разводу, кризису среднего возраста, иммиграции, выходу на пенсию, уходу из дома повзрослевших детей и т.д.) реализуется такими приемами, как обучение психической саморегуляции, фантазийно-театрализованное и реалистично-игровое проигрывание предстоящих жизненных сценариев, экзистенциальный анализ, дискуссии, направленные на коррекцию самооценки и уровня притязаний. Работа в координатах «здесь и теперь» обеспечивается путем проработки актуального внутриличностного конфликта и дезадаптивных когнитивных схем пациента [23] с помощью бихевиоральной, бихевиорально-когнитивной психотерапии, арт-терапии, психодрамы, гештальт-терапии с проигрыванием актуальных психотравмирующих ситуаций со сменой ролей. Ряд методик по своей пространственно-временной ориентации относится одновременно к двум или ко всем трем векторам онтогенетически ориентированной психотерапии – трансовые техники, методика «дорога жизни», сеансы эмоционально-стрессовой инициации и проч.

Апробация практической психотерапевтической технологии на основе концепции онтогенетически ориентированной психотерапии показала эффективность данного интегративного подхода в отношении пациентов различных возрастных групп. Это объясняется фактом способности к «реонтогенетическому» исправлению и развитию психических функций, интеграции личности в любом возрасте за счет психодинамических факторов, формирующих искусственные «сензитивные периоды» для оптимального восполнения того, что не получено в прошлом и приобретения того, что потребуется в ближайшем будущем.

В качестве минимально-достаточной схемы можно представить пространственно-временную модель основных координат онтогенетически ориентированной психотерапии в виде растущего структурно-функционального октаэдра (рис.1), вершины которого образованы шестью психическими

сферами, являющимися ориентирами интегративной психотерапии. Это сферы **потребностей, социальных связей и отношений, самосознания, опыта**, а также **архетип** и **мировоззрение**, каждая из которых развивается в онтогенезе на основе биологических задатков и под влиянием социальных воздействий. Онтогенетически ориентированная (реконструктивно-кондуктивная) психотерапия в отношении каждой из указанных сфер подразумевает ее гармонизацию в соответствии с возрастными критериями нормального развития за счет исправления предыдущих этапов формирования (позитивный регресс) и оптимизации освоения зоны ближайшего развития (психоэлевация).

Так задачи удовлетворения, сублимации и формирования потребностей (физиологических, индивидуально-психологических, высших) достигаются интеграцией методов *телесно-ориентированной, семейной, арт-терапии, трансактного анализа, терапии творческим самовыражением*.

Реконструкция, развитие и гармонизация социально-коммуникативной сферы предполагает сочетание *игровой, групповой, гуманистической психотерапии, а также тренинг социального общения* в семье, референтной группе, макросоциуме.

Развитие самосознания на основе более полного самопознания, адекватной самооценки и усовершенствованной саморегуляции достигается в процессе *рациональной, когнитивной, позитивной психотерапии* [52], *гештальт-терапии, экзистенциального анализа, библиотерапии, психотерапевтически смоделированного обряда инициации в рамках этологического подхода*.

Развитие и расширение опыта адаптивного поведения, формирующегося как спонтанно (за счет импринтинга и имитации), так и осознанно (в результате научения и самообучения), осуществляется в процессе *бихевиоральной и эмоционально-стрессовой психотерапии, этологически ориентированных приемов, коллективной и трудовой психотерапии* и проч. Накоплением индивидуального опыта нельзя изменить тип врожденной стрессорной реакции, но можно – ее величину (за счет снижения элемента новизны стрессорной ситуации). Чувственно-эмпирическое познание жизни закаляет душу.

Актуальность психотерапевтической работы на уровне архетипов обусловлено тем, что диспропорции между динамикой разума, быстро приспосабливающейся к увеличению скорости изменений условий жизни, и динамикой коллективного бессознательного, которое как известно, весьма инертно, может стать латентной причиной психогенных стрессов [34].

Условнорефлекторные механизмы могут существовать и на уровне коллективного бессознательного, формируя т.н. «национальный архетип». Неприятие Рихарда Вагнера в Израиле основано на том, что Гитлер (безусловное зло) любил музыку Вагнера (условный стимул). Абсолютное предпочтение «природных» продуктов и лекарств в России (в отличие от Америки), тяготение к парному молоку по сравнению с переработанным на заводе связано с представлением о науке, в том числе о химии, как о порождениях государства, к которому в коллективном бессознательном россиянина укоренилось негативное отношение. Государственные институты издревле не вызывают доверия («Закон, что дышло...»). Отсюда термин «химик» используется как синоним жулика и мошенника (чего нет в других языках), а народный целитель, даже пропагандирующий уринотерапию, воспринимается с большим доверием, чем дипломированный врач [21]. В России многие «богатые тоже плачут» не только из-за общечеловеческих проблем, но еще и потому, что вождельный статус нувориша противоречит национальному архетипическому интраекту – «богатым быть стыдно», а на то, чтобы выстроить для людей церковь или заняться меценатством жалко денег (да и теща с женой противятся).

В то же время, инертность не только общевидового, но и национального архетипа (со снисходительным отношением к нарушителям порядка, воспринимаемым как борцы за свои права), и негативным отношением к доношительству (в пользу нелюбящей народ власти) поддерживается сохранением традиционного для России состояния неработающих законов и произвола чиновников. Отсюда легкость возникновения как внутриличностных конфликтов у представителей старшего поколения, так и межличностных у «отцов» и «детей», воспитанных на разных сказках, песнях, традициях и ритуалах.

Д.Свааб [64] указывает на анатомо-функциональную представленность национального архетипа. Так, язык и культурное окружение определяют не только, какие системы мозга заняты обработкой речи, но и как именно могут интерпретироваться выражения лица; как люди привыкли, окинув взглядом, схватывать образ и то, что его окружает. Так, японцы и жители Новой Гвинеи не могут хорошо различать, выражает лицо страх или удивление, а китайцы, в противоположность американцам, сосредоточивают внимание не только на наиболее важном предмете, но рассматривают его в отношении с непосредственным окружением (*формируя геишальт*). При подсчете людей китайцы используют частично и другие области мозга, нежели англоговорящие люди Запада. Пользуясь теми же арабскими цифрами и используя нижнюю часть теменной коры головного мозга, англоговорящие больше подключают речевые системы для обработки чисел, тогда как у китайцев в большей степени задействованы визуально-моторные системы. Это объясняется тем, что китайские дети растут, используя иероглифы.

Формирование национальных различий начинается уже внутриутробно (на основе механизмов привыкания, условных рефлексов и обучения экспозицией (плод начинает двигаться при первых звуках музыки, которую во время беременности любит слушать его мать и помнит ее после рождения). Высокая чувствительность к мелодии у детей, находящихся в утробе матери, объясняет тот факт, что французские дети плачут с

повышающейся интонацией, а немецкие – с понижающейся, в точности соответствуя среднему интонационному рисунку этих языков [64].

Спиритуальность – восприимчивость к религии (как проявление онтогенетически раннего «магического мышления») на 50% задана генетически, что показали исследования близнецов [64]. Остальные 50% процентов, определяющие далеко не «свободный» выбор стать или не стать религиозным зависят от окружения в период раннего развития, укореняющего в нашем мозге данную составляющую национального архетипа. Так, человеку, пережившему фрустрацию базовых потребностей в первые месяцы жизни, в последующем легче поверить в чудо и во все сверхъестественное. Возможно, распространенность в нашей стране веры в чудеса, экстрасенсов, колдунов, реинкарнацию, магию, гороскопы и проч. (потерявшее в последние годы противовес в виде директивно насаждаемого пан-материализма и психосоциальную альтернативу в виде тоталитарной предопределенности-обеспеченности будущего гражданина) базируется на накопленной многими поколениями советских людей тяжелой фрустрации потребности в “хорошей маме” в первые месяцы жизни. Речь идет о кратковременности декретных отпусков, заставлявших матерей часто еще до годовалого возраста отдавать ребенка в детские ясли, сохранившейся традиции отдельного содержания ребенка и матери в родильных домах. Сейчас та же фрустрация обуславливается экономическими проблемами молодых матерей, вынуждающими их выходить на работу вскоре после родов, а также стремительным ростом социального сиротства. При этом возвращение к православной религиозности причудливо сочетается у современных россиян с указанными выше магическими верованиями, а также с традиционным русским «авось» [21].

Подсознательно-архетипические мишени онтогенетически ориентированной психотерапии достигаются в процессе интеграции *суггестивных техник, классического психоанализа, психодрамы и символдрамы, музыкотерапии, нейролингвистического программирования, трансовых* (в том числе шаманских и религиозно-обрядовых) ритуалов.

Наконец, мировоззренческие аспекты интегративной психотерапии сближают подходы личностно-ориентированной психотерапии, *гуманистической и экзистенциальной психотерапии, психотерапию мирозерцанием, философски и макросоциально направленные подходы.*

Человек, изучая географию и историю, приобщаясь к мировой литературе и искусству чувствует себя частью огромного мира, членом больших и замечательных сообществ и в результате такой социальной самоидентификации (одной из основных потребностей человека) чувствует себя увереннее, самоценнее, чем тот, кто живет лишь текущей минутой и непосредственными впечатлениями [21].

Последние две сферы наглядно иллюстрируют взаимодополнение психотерапевтических усилий в отношении всех выделенных ядер растущего «октаэдра» онтогенетической психотерапии. Так архетип с его видовыми, национальными и межнациональными (транскультуральными) составляющими, как психобиологическая почва психотерапии, диалектически связан с мировоззрением, представленным общественно детерминированным осознанием «Мира вокруг», «Мира в Человеке» и «Человека в Мире» и являющимся социально-идеологическим ориентиром психотерапии. Пространственно-временная связь между ними проявляется, например, в том,

что, индуцируя в себя архетип Бессмертия, мы начинаем мыслить и чувствовать на ином, более высоком мировоззренческом уровне, находим в себе новые силы и возможности для оценки и решения своих проблем. Приобщившись же к находящимся в нашей зоне ближайшего развития транскультуральным архетипам можно осознать себя истинным Гражданином Мира, бессмертие которого обеспечивается не с помощью размножения (через три поколения наши индивидуальные генные комплексы растворятся до отдельных генов), но возможно за счет мемокомплексов (хорошей идеи, стихотворения, изобретения, картины, мелодии и т.п.), продолжающих жить в культурном мемофонде человечества [20].

Пространственно-временная трехмерность онтогенетически-ориентированной (реконструктивно-кондуктивной) психотерапии, представляющей собой взаимопроникающее соединение собственно лечебных, коррекционно-психологических, социализирующих и воспитательных влияний, позволяет пациенту за относительно короткий период естественного эксперимента прожить жизнь, насыщенную пропущенными ранее или пока еще не случившимися событиями. Событиями и испытаниями, способными укрепить, закалить личность, обеспечить ее необходимым опытом удовлетворения, формирования и субординации потребностей, расширения и гармонизации социальных связей и взаимоотношений, углубления самопознания и совершенствования способов психической саморегуляции. Онтогенетическая ориентация психотерапевтического процесса позволяет подготовить человека к успешному (самостоятельному, ответственному, реалистичному) приспособлению к ожидающим его в ближайшем будущем социально-психологическим и психофизиологическим изменениям условий жизни и усиленному овладению этими условиями; сформировать запас прочности, создать "психологический корсет" в отношении слабых мест его психики, т. е. повысить жизнестойкость.



Рис.1. Растущий пространственно-временной «октаэдр» онтогенетически ориентированной (реконструктивно-кондуктивной) психотерапии.

Мы разделяем мнение о том, что детско-подростковый психотерапевт - всегда психотерапевт системный, семейный, групповой [9,22,26,57,58,68,86]. Учитывая это, разработанная нами [79] в рамках изложенной выше концепции практическая методика интенсивно-экспрессивной психотерапии и

психокоррекции (ИНТЭКС) представляет собой девятидневный цикл эмоционально-стрессового воздействия на группу детей и их родителей с целью ликвидации нервно-психических отклонений, а также обеспечения их первичной и вторичной профилактики. Основным принципом, отражающим онтогенетическую сущность данной методики, является **принцип «радостного взросления»**.

*Методика ИНТЭКС проводится с одновозрастной группой пациентов, объединенных по принципу общности болезненных нарушений (неврозы, заикание, психосоматические расстройства, поведенческие девиации и т.п.), либо личностных проблем. Специфика методики (3 – 5-ти часовые занятия, большая численность группы детей и родителей,\* многообразие психокоррекционных задач, а также используемых приемов психологического воздействия), обуславливает проведение ее двумя котерапевтами. В качестве котерапевтов могут выступать психотерапевт и логопед, психотерапевт и психолог, специалист - психокорректор и музыкотерапевт и т. д.*

Основными принципами методики ИНТЭКС являются следующие:

1) привлечение к психотерапевтическому процессу всей семьи и обязательное активное участие в групповых занятиях как минимум одного ближайшего родственника;

(Конкретными примерами реализации данного принципа в методике ИНТЭКС являются такие приемы, как “Семейный герб”, “Домашняя бухгалтерия”, “Рисунок глаз”, “Родительский массаж”, “Материнский гипноз”, “Родительские профессии”, “Неоконченные рассказы”)

2) наглядно-чувственная диагностика проблем пациента для него самого и его близких с целью повышения собственной ответственности за их решение;

(Проблемные игры на вербальное и невербальное общение, преодоление физического и социального страха, на умение командовать, излагать свои мысли, рассуждать и делать выводы из полученного опыта, игры на эрудицию и умение соблюдать правила)

3) эмоционально-стрессовый характер лечебного процесса, во время которого порой небезболезненное обнажение и максимальная экспрессивность психотравмирующих конфликтов перекрывается событиями, насыщающими жизнь пациента ощущением праздника, подвига, творческого горения;

---

\* При работе с контингентами детских домов в роли “родителей” выступали воспитатели наших пациентов, что весьма благотворно влияло на их последующие взаимоотношения. В работе со взрослыми вместо родителей в групповой психотерапии участвовали их жены, мужья, невесты, женихи.

(Проблемные и конфликтные ситуации, игры на выигрыш и проигрыш, прием "горячий стул", "общественная характеристика", коллективное обсуждение деструктивного поведения, "клоунада", "вечер юмора", система "подвигов", заключительный сеанс эмоционально-стрессового внушения)

4) равноправие и партнерство всех участников группы независимо от возраста, трансформирующие группу в единый, гуманистически направленный коллектив;

(Работа в общем круге, "мозговая атака" в деловой игре, совместное преодоление препятствий, взаимные советы, реализация принципа "Один за всех и все за одного")

5) постоянная обратная связь котерапевтов и членов группы в форме дискуссий, диалогов и ежедневных письменных отчетов;

(Окончание каждой "тест-игры" обсуждением того, кто что чувствовал, что думал и чему научился, прием "письмо другу", называние своих чувств в процессе разыгрывания "типичной конфликтной ситуации")

6) сочетание группового характера лечебного процесса с индивидуализацией его задач в соответствии с клинической, социально-психологической и педагогической диагностикой каждого пациента-клиента;

(Прицельное распределение ролей в "говорящей пантомиме", индивидуальная "маска страха", персональная "лестница проблем", "смешной случай из жизни")

7) единство вербальных и невербальных форм экспрессии и взаимодействия;

(Режим молчания, игра "инопланетяне", «отгадывание мыслей», тест-игра «минное поле», прием "назвал - увидел - показал")

8) взаимопроникновение лечебных, воспитательных, обучающих и рефлексивно-аналитических приемов психотерапии и психокоррекции, направленных как на патогенетические механизмы нарушений (включая их психогенные, энцефалопатические и дизонтогенетические звенья), так и на отдельные симптомы болезни и личностной аномалии;

(Проективные рисунки, рисунки "мой самый счастливый и самый грустный день", "автопортрет", психодраматические приемы, аутогенная тренировка, гипноз, приемы нейролингвистического программирования, символдрамы, проводимой в парах родитель-ребенок, бихевиоральные подходы, коррекция внимания, памяти, импульсивности в процессе психогимнастических этюдов)

9) сочетание интимно-эмпатических, директивно-манипулятивных, недирективно-демократических и возвышающе-вдохновляющих форм поведения котерапевтов;

(Естественность поведения котерапевтов, система поощрений, наказаний, принуждений и вдохновлений, называние полного имени при обращении к детям, открытое выражение сочувствия, понимания и принятия пациентов такими, какие они есть и дистанцирование отношения к личности от отношения к девиантному поведению, оценка не конечного результата, а отношения к труду, сочетание "мужского" и "женского" стиля реагирования)

10) активное самопознание через познание других с целью коррекции самооценки и оптимизации процесса саморегуляции;

(Дискуссия о значении имен, рассказ о знаменитом тезке, незаконченные рассказы, совершение "личных подвигов", приемы "сплетники", "портрет группы", "предвыборная

кампания", обучение активному слушанию и «Я – высказываниям», озвучивание личных отчетов)

11) системный подход к проблемам пациента и его семьи;

(Обучение родителей основам транзактного анализа, формирование творческого подхода к воспитанию, приемы "10 лет спустя", "знаки Зодиака", дискуссии на "родительском педсовете", обучение бихевиоральному моделированию поведения, а также "разделению проблем и передаче ответственности", помощь в решении индивидуальных психологических, психиатрических и психосоматических проблем родителей)

12) достижение инсайта через позитивный регресс и интенсивное освоение функционально-личностной зоны ближайшего развития, психоэлевацию;

(Осмысление получаемого опыта реализации потребностей, гармонизации социальных связей и отношений, оптимизации поведения на наглядно-действенном, конкретно-образном и абстрактно-логическом уровнях, реализуемое в непосредственных поступках, сенсорно-визуальных образах и вербальных высказываниях – рисунок проблемы, «горячий стул»)

13) организация терапевтической сессии в соответствии с традиционными этолого-культуральными обрядами инициации.\*

(Кульминацией процесса личностного роста с символическим избавлением от всего больного и незрелого, слиянием с идеальным образом и публичной демонстрацией нового, здорового и социально элевированного "Я" "является заключительный сеанс методики: "транс", "операция", "громкие личные подвиги" на глазах большой аудитории - аналога общины, семейная клятва, торжественное декламирование стихотворения с жизнеутверждающим содержанием, прощальное напутствие).

14) сохранение и развитие лечебно-коррекционного эффекта после окончания психотерапевтической сессии за счет продолжения применения родителями освоенных воспитательно-психологических технологий, а также реализации рекомендаций, основанных на диагностике, уточненной в процессе наблюдения за детьми в ситуации естественного эксперимента социального взаимодействия в группе.

(Рисунок идеального образа и фотографию, запечатлившую момент совершения «громкого личного подвига» на заключительном сеансе рекомендуется повесить над кроватью пациента; герб семьи, который окончательно оформляется после терапевтической сессии и вывешивается в месте, где обычно собирается вся семья (обычно в столовой), рекомендуется через некоторое время переделать в соответствии с количественными или качественными изменениями в семейной иерархии; отчеты по терапевтическим дням возвращаются каждой семье в общей папке для периодического совместного просмотра с последующим повторением некоторых упражнений; свечи, принесенные с заключительного сеанса на котором над их пламенем каждый давал обещание, относящееся к его личностному росту, рекомендуется хранить с тем, чтобы любой в трудную минуту мог молча зажечь свою свечу в качестве призыва о помощи, обращенного к другим членам семьи; родители реализуют персональные рекомендации по воспитанию, данные на основе уточненной во время занятий диагностики ребенка и семьи (уменьшить учебную нагрузку, дезактуализировать оценочный мотив, выяснить отношение с учителями в школе и воспитателями, создать условия для сближения ребенка с социально положительными сверстниками и изолирования от асоциальных влияний, устроить в секцию командно-игрового или экстремального вида спорта, организовать поездку с отцом в командировку или устроить коллективный поход с обеспечением пребывания мальчика в мужском обществе и проч.); программа бихевиоральной регуляции поведения (включая технологии «контрактов», передачи ответственности и создания «жизненных сценариев»), начатая во время сессии в соответствии с индивидуальной «лестницей проблем», продолжает осуществляться в последующем самими родителями, либо

под контролем психотерапевта; это же относится к освоенным во время курса Интэкса приемам родительского массажа и материнского гипноза).

---

\*Программа методики ИНТЭКС воссоздает в трансформированном и рафинированном виде ключевые моменты подготовки и осуществления сложного обряда инициации (посвящения в новый, более высокий социально-психологический ранг), существующий в любой традиционной культуре и изобилующий чувственными агрессивно-героическими испытаниями (смена стереотипов, парциальная изоляция, система табу, тотемическая имитация, символическая смерть всего плохого и "детского" и второе рождение в зрелом, здоровом, умудренном качестве, слияние с возвышенным идеальным образом, открывающим перспективы духовного роста и т.п.). Данная методика служит альтернативой беспорядочному инстинктивному поиску способов удовлетворения онтогенетически обусловленной потребности в инициации. (См. главу, посвященную инициации).

Многолетнее использование методики (впервые опубликованной в 1995 году) как в ее клиническом варианте с больными психиатрического и психоневрологического профиля, так и в психологическом, коррекционно-педагогическом и социально-реабилитационном оформлении (дети со школьной и социальной дезадаптацией, сироты, инвалиды, представители группы "риска", а также практически здоровые дети, подростки и взрослые в "критические" возрастные периоды, профессиональные спортсмены) показало эффективность и "открытость" данной организационно-методической формы для интеграции самых различных психотерапевтических и психокоррекционных направлений.

Динамическое наблюдение в процессе семейно-групповых коммуникаций и данные самоотчетов дополняли критерии выбора преимущественного методического подхода, рекомендуемого для поддерживающей и углубленной индивидуальной или семейной психотерапии, логопедической или нейропсихологической коррекции тех пациентов, которые в этом нуждались после окончания лечебной сессии.

В тоже время, 5-ти летний катамнез 500 пациентов, прошедших однократный курс ИНТЭКС-терапии в возрасте 5-22 лет по поводу различных нервно-психических расстройств пограничного уровня, показал, что более 50% из них не нуждалось более в какой-либо активной психотерапевтической помощи. В частности, изучение невербально-вербальных компонентов общения и речи бывших пациентов, прошедших терапию с помощью данной методики по поводу заикания в дошкольном и младшем школьном возрасте, показало, что

через пять лет 98% из них общались активно в полном объеме своих потребностей по всем параметрам [16].

В качестве базисной патогенетической психотерапии методика ИНТЭКС с успехом применяется при лечении детей и подростков с психосоматическими расстройствами и патологическими привычными действиями [4,5], элективным мутизмом [17,80], общими и системными невротами, задержками психического развития, девиантным поведением, эмоциональными расстройствами [33]. Как эффективный способ психопрофилактики школьной дезадаптации методика ИНТЭКС показана детям за полгода до поступления в первый класс и перехода из начальной школы в среднюю.

Как видим, теория психического онтогенеза, отражающая закономерности нормального развития, и концепция психического дизонтогенеза, констатирующая широкую представленность проявлений нарушенного развития и созревания психических свойств, функций и личности в структуре нервно-психических расстройств у детей и подростков (а также присутствующих в патологии любого возраста), могут служить перспективной методологической основой для разработки неэклетических моделей интегративной психотерапии и психокоррекции.

(Практическое руководство по проведению интенсивно-экспрессивной семейно-групповой психотерапии подробно представлено в Приложении 1).

## ЛИТЕРАТУРА

1. Александров А.А., Бараш Б.А., Карвасарский Б.Д., Ташлыков В.А., Федоров А.П. Личностно ориентированная интегративная психотерапия. СПб., 1992.- 17 с.
2. Александров А.А. Современная психотерапия. Курс лекций – СПб.: Академический проект», 1997.- 335 с.
3. Аппенянский А.И. И цзин консультирование.- М.: Изд-во Института Психотерапии, 2002.- 583 с.
4. Антропов Ю.Ф., Шевченко Ю.С. Психосоматические расстройства и патологические привычные действия у детей и подростков.- М.: Изд-во Института Психотерапии, 1999.- 304 с.
5. Антропов Ю.Ф., Шевченко Ю.С. Лечение детей с психосоматическими расстройствами.- СПб.: Речь, 2002.- 560 с.
6. Бехтерева Н.П. Здоровый и больной мозг человека.- М.: АСТ; СПб:Сова, 2010.- 399 с.
7. Бреслав Г.М. Эмоциональные особенности формирования личности в детстве. Норма и отклонения. М., Педагогика, 1990.-144 с.

8. Бихевиорально-когнитивная психотерапия детей и подростков /Под общей редакцией проф. Ю.С.Шевченко.- СПб.: Речь, 2003.- 552 с.
9. Бремс К. Полное руководство по детской психотерапии. / Пер. с англ. – М.: Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2002.- 640 с.
10. Валлон А. Психическое развитие ребенка. Пер. с франц. М., Просвещение, 1967.- 196 с.
11. Венгер А.Л. Соотношение возрастных и индивидуальных закономерностей психического развития ребенка. Автореф. дисс. доктора психол. наук. М., 2002.-44с.
12. Выготский Л.С. Собрание сочинений. Т.2. Проблемы общей психологии. М., Педагогика, 1982.- 417 с.
13. Годфруа Ж. Что такое психология. Т.1. Пер. с франц. М., Мир, 1992.- 491 с.
14. Драпкин Б.З. Семейная психотерапия (метод психотерапии материнской любовью).- М.: ДеЛи принт, 2005.- 260 с.
15. Джидарьян И.А. Эстетическая потребность. М., "Наука", 1976.- 192 с.
16. Добряков И.В. Перинатальная психотерапия. В кн.: Детская психиатрия: Учебник / Под ред. Э.Г.Эйдемиллера.- СПб.: Питер, 2005.- с. 795-806.
17. Добридень В.П. Система психокоррекционной работы с заикающимися детьми старшего дошкольного и младшего школьного возраста. Автореферат диссертации кандидата педагогических наук. М., 1999.- 18 с.
18. Добридень И.В. Психолого-педагогическая коррекция элективного мутизма у детей дошкольного и младшего школьного возраста. Автореферат диссертации кандидата педагогических наук. М., 2000.- 19 с.
19. Добряков И.В., Малярская М.М. Как родить счастливого ребенка? 3-е изд. – СПб.: Речь, 2008.- 160 с.
20. Докинз Р. Эгоистичный ген. Пер. с англ. М., АСТ:CORPUS, 2013.- 512 с.
21. Жуков Д.А. Стой, кто ведет? Биология поведения человека и других зверей: в 2 т. Т.2.- М.: Альпина нон-фикшн, 2014.- 374 с.
22. Захаров А.И. Неврозы у детей и психотерапия.- СПб.: СОЮЗ, 1998.- 336 с.
23. Захаров Н.П. Психотерапия пограничных расстройств и состояний зависимости.- М.: ДеЛи принт, 2004.- 288 с.
24. Исаев Д.Н. Эмоциональный стресс, психосоматические и соматопсихические расстройства у детей. \_ ЧСпб.: Речь, 2005.- 400 с.
25. Исурина Г.П. Личностно ориентированная (реконструктивная) психотерапия и основные тенденции ее развития. - В кн.: Психотерапия: от теории к практике.- СПб, 1995.- с. 81-87.
26. Каган В.Е. Детская и подростковая психотерапия: на перекрестках проблем. //Социальное здоровье детей и подростков: региональный опыт и перспективы. Томск, 2000.- с.55-61.
27. Карвасарский Б.Д. Психотерапия. М., Медицина, 1985.- 303 с.
28. Карвасарский Б.Д. (общая редакция). Психотерапевтическая энциклопедия. СПб.: Питер Ком, 1998.- 752 с.
29. Ковалев В.В. Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков. М., Медицина, 1985.- 288 с.
30. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста. М. Медицина., 1995.- 560 с.
31. Козловская Г.В., Скобло Г.В. Состояние психического здоровья детей раннего возраста (клинико-эпидемиологическое исследование). // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова.- 1989.- Т. 89, № 8.- с. 1455-1461.
32. Комплексная коррекция трудностей обучения в школе / под ред. Ж.М.Глозман, А.Е.Соболевой. 2 изд.- М.: Смысл, 2016.- 544 с.
33. Корнеева В.А., Шевченко Ю.С. Нейропсихологическая коррекция пограничных состояний у детей и подростков (теория и практика). М., ИД «ТАКТ».- 2010.-154 с.
34. Кравченко С.А. Становление сложного общества: к обоснованию гуманистической теории сложности (раздел 4.4. Играизация общества и её амбивалентности) М.: МГИМО-Университет, 2012.— С. 130-149.

35. Краткосрочная Терапия творческим самовыражением (метод М.Е.Бурно) в психиатрии. Коллективная монография под ред. профессора М.Е.Бурно. М.: Институт консультирования и системных решений, общероссийская профессиональная психотерапевтическая лига, 2015.- 240 с.
36. Крэйн У. Теории развития. Секреты формирования личности. 5-е международное издание.- СПб.: прайм-ЕВРОЗНАК, 2002.- 512 с.
37. Кулаков С.А. Личностно-ориентированная психопрофилактика пограничных нервно-психических расстройств у детей и подростков. Автореф. дисс. докт. мед. наук. СПб., 1997.- 44с.
38. Лебединский В.В. Нарушения психического развития у детей. Учебное пособие. М., МГУ, 1985.- 162 с.
39. Лебединский В.В., Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М. Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция. М., МГУ, 1990.- 197 с.
40. Леонтьев А.Н. Проблемы развития психики. 3-е изд.- МГУ, 1972.- 576 с.
41. Лисина М.И. Проблемы онтогенеза общения. М., Педагогика, 1986.- 145 с.
42. Макаров В.В. Психотерапия нового века. PDF. Академический Проект, ОППЛ, 2001 г. - 496 с.
43. Маслоу А.. Мотивация и личность. Пер. с англ. СПб., Евразия, 1999.- 478 с.
44. Менделевич В.Д., Мухаметзянова Д.А. Антиципационные особенности психической деятельности детей, страдающих неврозами. //Социальная и клиническая психиатрия. Т.7, вып. 2, М., 1997.- с. 31-36.
45. Микиртумов Б.Е., Кошавцев А.Г., Гречаный С.В. Клиническая психиатрия раннего детского возраста. СПб.-М.-Харьков-Минск.: «Питер», 2001.- 252 с.
46. Мясичев В.Н. Личность и неврозы. Л., ЛГУ, 1960.- 426 с.
47. Никитин В.Н. Арт-терапия: Учебное пособие.- М.: Когито-Центр, 2014.- 328 с.
48. Никольская И.М., Грановская Р.М. Психологическая защита у детей. - СПб.: Речь, 2010.- 352 с.
49. Никольская О.Н. Аффективная сфера человека. Взгляд сквозь призму детского аутизма.- М.: Центр лечебной педагогики, 2000.- 363 с.
50. Павлов И.С. Психотерапия в практике. 3-е изд.- М.: ПЭР СЭ, 2006.- 608 с.
51. Паттерсон С., Уоткинс Э. Теории психотерапии.- 5-е изд.- СПб.: Питер, 2003.- 544 с.
52. Пезешкиан Н., Пезешкиан Х. Позитивная психотерапия - транскультуральный подход. //Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М.Бехтерева. № 4, 1993.- с. 63-67.
53. Пиаже Ж. Речь и мышление ребенка. Пер. с франц. М., "Педагогика-пресс", 1994.- 527 с.
54. Плоткин Ф.Б. Алекситимия: общая концепция и роль в патогенезе аддикций. //Психотерапия и клиническая психология. Научно-практический рецензируемый журнал. Официальный орган Белорусской ассоциации психотерапевтов. №41 (24), 2008.- с. 11- 17.
55. Практикум по семейной психотерапии: современные модели и методы. Учебное пособие для врачей и психологов / Под ред. Э.Г.Эйдемиллера.- изд. 2-е, испр. и доп.- СПб.: Речь, 2010.- 425 с.
56. Прашко Я., Можны П., Шлепецки М. Когнитивно-бихевиоральная терапия психических расстройств – М.: Институт общегуманитарных исследований, 2015.- 1072 с.
57. Психотерапия детей и подростков. 2-е изд. /Под ред. Ф.Кендалла.- СПб.: Питер, 2002.- 432 с.
58. Ремшмидт Х. (редактор). Психотерапия детей и подростков: Пер. с нем. – М.: Мир, 2000. – 636 с.
59. Рожнов В.Е. (ответственный редактор). Руководство по психотерапии. 2-е изд., 1979.- 620 с.
60. Рожнов В.Е. Эмоционально-стрессовая психотерапия. //Психотерапевт России. № 2, 1993.- с.3-13.

61. Рубинштейн С.Л. Проблемы общей психологии. М., Педагогика, 1973.- 423 с.
62. Самохвалов В.П. Этология человека: некоторые последствия объективных исследований поведения для медицины и антропологии (обзор). Таврический журнал психиатрии. Т.1, № 2, 1997.- с. 50-80.
63. Самохвалов В.П., Самохвалова О.Е. Этологические и нейробиологические аспекты аддиктологии. В кн .: Руководство по аддиктологии / Под ред. В.Д.Менделевича. СПб.: Речь, 2007.- с.127-139.
64. Свааб Д. Мы – это наш мозг: От матки до Альцгеймера / Пер. с нидерл.- СПб. Изд-во Ивана Лимбаха, 2014.- 544 с.
65. Семенович А.В. (ред.) Комплексная методика психомоторной коррекции. М., МГПУ, 1998.- 76 с.
66. Семенович А.В. Нейropsychологическая диагностика и коррекция в детском возрасте: Учеб пособие для высш. Учеб. Заведений- М.: Издательский центр «Академия», 2002.- 232 с.
67. Скворцов И.А. Неврология развития: руководство для врачей / И.А.Скворцов.- М.: Литтерра, 2008.- 544 с.
68. Смид Р. Групповая работа с детьми и подростками /Пер. С англ.; - М.: Генезис, 1999.- 272 с.
69. Судаков К.В., Умрюхин П.Е. Системные основы эмоционального стресса.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010.- 112 с.
70. Сухарева Г.Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. М. Медгиз, 1955.- 458 с.
71. Урадовская А.В. Интегративная онтогенетически ориентированная психотерапии психогенных непсихотических расстройств. Автореф. дисс. канд. мед. наук. - М., 2011.- 24 с.
72. Ушаков Г.К. Детская психиатрия. М., Медицина, 1973.- 392 с.
73. Фельдштейн Д.И. Психология становления личности. М., Междунар. педагогич. академия, 1994.-192 с.
74. Хайгл-Эверс А., Хайгл Ф., Отт Ю., Рюгер У. Базисное руководство по психотерапии.- СПб.: «Восточно-Европейский Институт Психоанализа» совместно с изд. «Речь», 2002.- 784 с.
75. Циркин С.Ю. Концептуальная диагностики функциональных расстройств при шизофрении: диатез и шизофрения. //Социальная и клиническая психиатрия.- 1995, 32 – с. 114-118.
76. Чеснокова И.И. Проблема сознания в психологии. М., Наука, 1977.- 144 с.
77. Шевченко Ю.С., Добридень В.П., Усанова О.Н. (ред.) Психокоррекция: теория и практика. М. НПЦ «Коррекция», 1995.- 222 с.
78. Шевченко Ю.С. Современные направления психотерапии детей раннего возраста. Психотерапия сегодня: Материалы 3-й Всероссийской конференции по психотерапии.- М.: Изд-во Ин-та психотерапии, 1999.- с. 319-321.
79. Шевченко Ю.С., Добридень В.П. Радостное взросление: развитие личности ребенка (Методика ИНТЭКС).- СПб.: Речь, 2004.- 202 с.
80. Шевченко Ю.С., Кириллина Н.К., Захаров Н.П. Элективный мутизм. Красноречивое молчание: клиника, диагностика, терапия, психологическая коррекция.- СПб.: Речь, 2007.- 336 с.
81. Шевченко Ю.С. Общие вопросы психотерапии и психокоррекции (междисциплинарный подход). В кн.: Детская и подростковая психиатрия: Клинические лекции для профессионалов / под ред. Ю.С.Шевченко.- М.: ООО «Медицинское информационное агентство».2011.- с. 761-799.
82. Шевченко Ю.С., Баздырев Е.И. Эволюционно-биологический взгляд на природу и

проявления психопатологического диатеза. X Мнухинские чтения. Взаимодействие специалистов в области психического здоровья детей и подростков по преодолению факторов социальной среды. Конференция, посвященная памяти профессора С.С.Мнухина.- СПб., 2011.- с.271- 275.

83. Шевченко Ю.С. Онтогенетически ориентированная (реконструктивно- кондуктивная) психотерапия — пространственно-временная модель интеграции. //Психотерапия №10 (118), М.,2012.- с.55-62.
84. Шевченко Ю.С. Инициация: этолого-психиатрические аспекты (Лекция). Неврологический вестник. Журнал им. В.М.Бехтерева. Том XLVII, вып. 3, Казань, «Медицина», 2015.- с. 78-89.
85. Шпиц Р.А. Психоанализ раннего детского возраста.- М.: ПЕР СЭ; СПб.: Университетская книга, 2001.- 159 с.
86. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В. Психология и психотерапия семьи. – СПб.: ЗАО «Издательство «Питер», 1999.- 656 с.