

СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ ПРОЦЕССЕ С ПОЗИЦИЙ ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНЫ

Канд. мед. наук Ю. И. ЗАСЕДА

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Представлено современное положение психотерапии с позиций основных психотерапевтических парадигм в рамках господствующей концепции персонализированной медицины. Подчеркивается роль психотерапии как полноценного инструмента персонализации в общемедицинской практике, даны ее различные подходы. Обосновывается введение в психотерапевтическую практику психофеноменологического профиля как квинтэссенции персонализированного подхода в психотерапии.

Ключевые слова: психотерапия, персонализированная медицина, психофеноменологический профиль, онтогенетическая модель, психотерапевтический процесс.

Особенностью администрирования практического здравоохранения XX в. стала централизация ресурсов, необходимых для разработки методов борьбы с болезнями, несущими угрозу популяционному здоровью, для развития фармакологической промышленности, стандартизации и протоколирования медицинской деятельности. Однако согласно официальным данным Всемирной Организации Здравоохранения к началу XXI в. многие традиционные модели фармакотерапии для лечения наиболее эпидемиологически актуальных заболеваний оказались неэффективными. Статистические показатели безуспешного применения стандартных фармакотерапевтических схем достигают 30–60% для лечения мигрени, 10–75% — для артериальной гипертензии, 20–70% — для язвы, 40–75% — для бронхиальной астмы, 5–75% — для сахарного диабета, 70–100% — для онкологической патологии, 20–40% — для депрессий и 25–75% для лечения шизофрении [1]. Констатация таких неутешительных данных, несмотря на бурно развивающиеся технологические и диагностические возможности, послужила толчком к переориентированию практического здравоохранения с нозоцентрического принципа организации медицинской помощи на персонцентрический, а в более широком понимании — гуманистический.

На современном этапе позиции персонализированной медицины занимают господствующее положение в клинической практике [2, 3]. Понятие «personalized medicine» впервые упоминается в публикации К. К. Джайна в 1998 г. как название его монографии [2]. Фактически суть термина лаконично иллюстрирует высказывание Гиппократ: «Врач должен лечить не болезнь, а больного». Речь идет о всесторонней, интегральной стратегии в каждом конкретном клиническом случае с учетом генетических, макро- и микросредовых факторов, оптимизации и индивидуализации лечебно-диагностического процесса.

Еще до формирования концепции персонализации проблема индивидуального подхода в медицинской практике рассматривалась в трансплантологии, клеточной терапии, медицинской генетике. Современные исследователи интенсивно изучают генетические маркеры, определяющие предрасположенность к различным заболеваниям — онкологическим, сердечно-сосудистым, эндокринным и др. Подобные диагностические достижения помогают реализовывать превентивные, профилактические меры с учетом рисков заболеваемости той или иной патологией. Исходя из данной концепции приводятся в соответствие с принципами персонализации медикаментозные средства, ранее считавшиеся универсальными препаратами для лечения определенных заболеваний, чему способствовали новейшие исследования относительно секвенирования генома.

Попытки ассоциировать молекулярно-генетические маркеры с той или иной психической патологией послужили становлению концепции эндофенотипа. В начале 1970-х гг. I. Gottesman и J. Shields использовали заимствованный из других исследований термин «эндофенотип» для обозначения «внутреннего фенотипа», который можно наблюдать под микроскопом либо обнаружить с помощью методов биохимии. Теория первоначально развивалась в направлении поиска соответствия между индивидуальными генетическими профилями и различными клиническими формами расстройств шизофренического круга. Позднее такие исследования стали проводиться для биполярного аффективного расстройства, алкоголизма, склонности к суициду, патофизиологических, интеллектуально-мнестических расстройств.

Онтогенетическая модель старения, разработанная В. М. Дильманом, соединила в себе процессы естественного истощения основных нейромедиаторных систем, отвечающих за гомеостаз, с соответствующими этому процессу

морфофункциональными изменениями рецепторных аппаратов гипоталамо-гипофизарного отдела с процессами развития многих соматических, эндокринных и даже психических нарушений. Автор данной модели обращает внимание на то, что заболевания имеют тенденцию к манифестации и экзacerbации именно в моменты индивидуальных онтогенетических кризисов, сопровождающихся выраженными нарушениями гормонально-метаболического гомеостаза. В рамках этой концепции В. М. Дильман уделяет большое внимание депрессии, объясняя ее развитие процессом нормальной биосоциальной, личностной инволюции индивидуума.

В широком понимании персонализированная медицина подразумевает интегральную медицину, которая включает разработку индивидуализированных средств лечения, также соответствующих господствующим тенденциям доказательной медицины (evidence-based medicine) [3]. Ее преимущества состоят в реализации следующих позиций: эффективных и специфических терапевтических воздействий; снижении риска нежелательных эффектов (побочных явлений и осложнений); отсутствии потерь времени из-за применения неэффективных средств; снижении стоимости лечения (за счет оптимизации терапевтической тактики); развитии профилактической медицины; сокращении сроков дорогостоящей госпитализации [3].

Все эти позиции, бесспорно, полноценно соотносятся с психотерапевтической клиникой, которая *per se* является персонализированной стратегией, разрабатывающей и реализующей клинко-диагностические методы и терапевтические средства, опосредованные через психическую сферу индивидуума. Здесь же уместно будет обратиться к понятию психофеноменологического профиля — совокупностному образованию, представляющему собой соотношение индивидуальных физиолого-клинических явлений, свойственных данному пациенту (разновидности феноменов «со стороны пациента»), а также феноменов из классов «со стороны терапевта», трансперсональных, групповых и индукционных. Введение такого профиля имеет особое значение в рамках поиска персонализированной терапевтической стратегии, поскольку кроме существования в качестве самостоятельной отрасли, психотерапия зачастую ассоциируется с выполняющим традиционную клиническую практику медико-ориентированным вмешательством, применяемым с целью повышения эффективности лечения, формирования благоприятствующих терапевтическому процессу типов отношения к болезни и повышения качества жизни пациентов, страдающих различными видами соматической, неврологической, хирургической патологии. В этой связи следует отметить, что для соматической клиники персонализация диагностического и лечебного процесса реализуется не только за счет адаптации в клинической практике генно-инженерных, фармакологических

и нанотехнологических достижений: само психотерапевтическое вмешательство в структуре общесоматической клиники также выступает инструментом персонализации.

Как и в **общемедицинской практике**, тенденции антропоцентризма (и в более широком понимании — социоцентризма) сменяют господствовавшую на истоках развития психотерапии нозоцентрическую ее направленность [4, 5]. И хотя классификация психотерапевтических методов и техник неоднородна, базовые принципы психотерапевтического процесса соотносятся с основополагающими парадигмами психотерапии: нейродинамической, психодинамической, [когнитивно]-бихевиоральной, рациональной и особенно психометодологической [6].

Нейродинамическая парадигма в психотерапии — одна из наиболее ранних, базируется на таких физиологических явлениях в центральной нервной системе, как возбуждение, торможение, формирование доминанты. Психотерапия в нейродинамическом контексте опирается на известные клинко-физиологические феномены, доступные психике человека и активно используемые в терапевтическом процессе. Хотя и не прямо, однако тесно связанная с предыдущей психодинамической парадигма настаивает на определяющем влиянии приобретенного опыта на формирование самосознания, межличностных взаимоотношений и моделей отреагирования индивидуума на его внутренние и внешние конфликты. Именно психодинамическая парадигма дала начало психоаналитической школе психотерапии.

По мнению З. Фрейда [7], психоанализ вызывает регрессивные реакции у пациента, вынуждающие переносить на психоаналитика переживания, вынесенные из его детского опыта. Последовательница психоаналитического направления К. Хорни считала характерологически обусловленными явления переноса и контрпереноса и призвала использовать эмоциональные реакции и состояния пациента и психоаналитика, для того чтобы диагностировать его защитные стратегии и внутренние конфликты, понимая под конечной целью психотерапевтического вмешательства «восстановить человека для себя самого, помочь ему вернуть непосредственность и центр тяжести внутри себя» [6].

[Когнитивно]-бихевиоральная парадигма рассматривает прямую взаимосвязь между стимулом и ответной реакцией человека, а также факторы, обуславливающие конкретную реакцию. Коррекция нежелательных моделей отреагирования в рамках данного подхода основана на диагностическом анализе с последующим научением новым, адаптивным паттернам поведения в конфликтных, проблемных ситуациях. Теоретическими предпосылками развития этого метода психотерапии стала теория научения А. Бандуры [8, 9], а также принципы классического и оперантного обуславливания, разработанные отечественными учеными

И. Павловым и В. Бехтеревым. Поведенческая психотерапия представляет собой директивную, структурированную форму психотерапии, основными этапами которой являются: анализ поведения; идентификация этапов, необходимых для коррекции поведения; тренировка новых навыков поведения; отработка новых навыков поведения в реальной жизни. Практическая и индивидуальная ориентированность методики не вызывает сомнений.

Когнитивная психотерапия А. Бека развивает бихевиоральную теорию, объясняя связь поведенческих реакций с эмоциями и характером восприятия себя и **окружающей действительности**, выходящими за рамки простой реакции на стресс, сформировавшимися **в результате** прошлого опыта установками, латентными когнитивными схемами.

Таким образом, психотерапевтические технологии, используемые когнитивно-бихевиоральной парадигмой, позволяют выявлять, анализировать, корректировать негативные когнитивные установки, устойчивые патологические поведенческие реакции [10].

Рациональная психотерапевтическая парадигма рассматривает психические нарушения как следствие неверных суждений и ошибочных умозаключений, а потому с целью их коррекции апеллирует к дидактике и законам формальной логики. **По сути терапевтический эффект** достигается путем разъяснения, внушения, эмоционального воздействия, изучения и коррекции личности, дидактических и риторических приемов, при этом пациент принимает активное участие в психотерапевтическом процессе.

Одна из самых молодых парадигм психотерапии — психометодологическая (мнестологическая), согласно которой процессы памяти являются основополагающими факторами, обуславливающими формирование и **интеграцию личности**, обеспечивая ее уникальность и специфичность. Ввиду того что качественные изменения личности связаны с нарушениями памяти, терапевтический процесс следует ориентировать на работу с **воспоминаниями** (эмоций, событий, опыта и т. д.) [11, 12].

Очевидно, что во всех основных психотерапевтических парадигмах в той или иной мере речь идет о **структурных элементах психофеноменологического профиля** (феноменах различных классов), который в своей сути интегрирует все вышеизложенные представления в **пропорциональном** качественно-количественном соотношении установленных клинических феноменов. Помимо безусловной констатации наличия представлений об индивидуализации психотерапевтического процесса в **рамках основных психотерапевтических парадигм**, стоит обратиться к прикладной классификации методов психотерапии с целью убедиться в том, что концепция персонализации тесно ассоциирована с **современными интегративными** методами [13].

Экзистенциальная психотерапия — собирательное понятие, используемое для обозначения альтернативных — гуманистических психотерапевтических подходов, противопоставляемых психоанализу и бихевиоризму. Такие подходы основаны на экзистенциальном направлении в философии, подразумевающим свободное развитие личности, столкновение с **кризисными, конфликтными ситуациями**, осознанной ответственности человека за формирование собственной личности и всего жизненного пути.

Единый принцип данного направления — это принцип становления, согласно которому человек всегда пребывает в процессе развития. Так, К. Роджерс в **своем человеко-центрированном психотерапевтическом подходе** уделял большое внимание понятию самости, индивидуальному росту и **межличностным** отношениям [14–16].

Другой подход, соотносящийся с **экзистенциальной концепцией**, — феноменологический, рассматривает в **качестве основного объекта психотерапии** субъективную, личную реальность пациента, его индивидуальный опыт, не оцениваемый или квалифицируемый с точки зрения психотерапевта, а существующий как основной феномен.

А. Х. Маслоу в рамках экзистенциального подхода представил человека единой, целостной системой, сдвиги и изменения в одной из частей которой влияют на весь организм, в отличие от предшественников, рассматривающих отдельные процессы и явления дискретно, а не системно [10].

Во всех течениях психотерапии независимо от метода внимание психотерапевта фокусируется не столько на проблеме пациента, сколько на ее субъективном чувствовании и **восприятии** пациентом, обусловленном его личностными и **характерологическими** особенностями, жизненным опытом и **средовыми факторами** (в рамках психофеноменологического подхода, характеризуемого как феномены со стороны пациента), а также способности терапевта к эмпатии — способности к принятию и пониманию жизненной позиции, установок, чувств и эмоций пациента, являющейся залогом положительных изменений в **ходе психотерапии** [14] (в психофеноменологии — феномены со стороны терапевта).

Универсальный протокол психотерапевтического процесса вне зависимости от направления, практикуемого специалистом, изначально ориентирует его на выбор, адаптацию и **персонализацию** коррекционной методики в **соответствии с конституционально-персоналогическими**, характерологическими, интеллектуальными, культурально-средовыми и профессиональными особенностями пациента. С этой целью было разработано представление о **психофеноменологическом профиле**, описывающем своеобразие клинико-психофеноменологических особенностей пациента с позиций психотерапии и фактически представляющем собой совокупность нормальных и клинических психотерапевтических феноменов

и их пропорциональное соотношение. Выделение психофеноменологического профиля позволяет установить индивидуальные акцепторные особенности пациента, выступающие в качестве своеобразного маркера для адекватного подбора специфического, индивидуализированного арсенала средств и методов психотерапии, что дает возможность максимально персонализировать психотерапевтический процесс.

Психотерапия в общемедицинской практике, а также клиническая психотерапия проводятся с учетом патологических нарушений и призваны, помимо разрешения внутриличностных проблем и развития психологических функций, повышать эффективность лечения, способствовать улучшению комплайенса в отношении лечения основного заболевания. Многие исследования доказывают наличие неоспоримого положительного воздействия психотерапевтического вмешательства на неспецифические защитные силы организма, активизацию локальных, специфических защитных факторов в ответ на патологические процессы [8, 18, 19].

В течение последних десятилетий расширение границ психотерапии и тенденция к внедрению ее в общемедицинскую практику очевидны. Многие специалисты — соматологи и невропатологи широко пользуются консультациями психотерапевтов в ходе клинической работы, отмечая безусловную взаимосвязь благополучия психической и соматической сфер, все чаще самостоятельно используют в терапевтической тактике противотревожный, седационный, антидепрессантный медикаментозный фон. Однако необходимость более дифференцированного, специализированного психотерапевтического консультирования пациентов общесоматической практики с сопутствующими

психопатологическими нарушениями очевидна. Артифициальное организационно-структурное вынесение психиатрической и психотерапевтической клиники за пределы «традиционной» медицинской службы способствовало формированию негативного отношения и стигматизации пациентов психотерапевтической клиники. Для нивелирования данного организационного недостатка и повышения обращаемости за психотерапевтической помощью целесообразно создание кабинетов психотерапевта в амбулаторных поликлинических учреждениях и при стационарных отделениях. По нашему мнению, такая организация медицинской помощи приблизила бы к новейшим представлениям о персонализации, оптимизировала сроки и качество лечения, способствовала бы более тщательной реализации реабилитационно-ресоциализационного этапа.

Таким образом, современные представления о психотерапии сводятся к пониманию ее как комплексной, этапной стратегии оздоравливающего воздействия на психику и через нее на организм человека с целью преодоления болезненных проявлений в различных органах и системах, гармонизации внутриличностных и межличностных процессов и в целом повышения качества жизни человека, что соответствует актуальным позициям персонализированной медицины. Рациональное использование данного саногенного инструмента в специализированной и общей медицинской практике наряду с совершенствованием теоретических и лечебно-диагностических возможностей медицины будет способствовать повышению эффективности медицинской помощи, улучшению социальной и трудовой адаптации и популяционного здоровья.

Список литературы

1. Clinical pharmacogenetics and potential application in personalized medicine / S. F. Zhou, Y. M. Di, E. Chan [et al.] // *Curr. Drug Metab.*— 2008.— № 9 (8).— P. 738–784.
2. Jain K. K. Personalized Medicine / K. K. Jain.— Waltham: Decision Resources Inc., 1998.— 218 p.
3. Jain K. K. Personalized Medicine / K. K. Jain // *Curr. Opin. Mol. Ther.*— 2002.— № 4 (6).— P. 548–558.
4. Кабанов М. М. Реабилитация психических больных / М. М. Кабанов.— Л.: Медицина, 1978.— 232 с.
5. Кабанов М. М. Концепция реабилитации и современная клиническая медицина. Реабилитация онкологического больного / М. М. Кабанов.— Л.: Медицина, 1979.— С. 17–25.
6. Хорни К. Наши внутренние конфликты. Конструктивная теория невроза / К. Хорни.— СПб.: Лань, 1997.— 240 с.
7. Фрейд З. Введение в психоанализ / З. Фрейд.— М.: Азбука-классика, 2010.— 480 с.
8. Бандура А. Теория социального научения / А. Бандура.— СПб.: Евразия, 2000.— 320 с.
9. Бандура А. Принципы социального научения. Современная зарубежная социальная психология / А. Бандура, Р. Уолтерс.— М.: Изд-во МГУ, 1984.— 239 с.
10. Ярошевский М. Г. История психологии от античности до середины XX века: учеб. пособ. / М. Г. Ярошевский.— М., 1996.— 416 с.
11. Чугунов В. В. Клиника и дисциплинарная история психотерапии / В. В. Чугунов.— 2-е изд., стереотип.— К.: Здоров'я; Харьков: Око — Наука, 2008.— 768 с.
12. Чугунов В. В. Теоретичне, клініко-діагностичне, медико-психологічне, психотехнічне та психопатологічне обґрунтування й оцінка психотерапії психогенно-обумовлених розладів: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня д-ра мед. наук: спец. 19.00.04. «Психологія» / В. В. Чугунов.— Харківська медична академія післядипломної освіти, 2007.— 40 с.
13. Ягнюк К. В. Анатомия терапевтического воздействия: типология техник / К. В. Ягнюк [Электронный ресурс].— Режим доступа: <http://www.Yagniuk.ru/page.php?id=78>
14. Rogers Carl R. Personality Change in Psychotherapy / Carl R. Rogers // *International J. of Social Psychiatry.*— 1955.— № 1.— P. 31–41.

15. Роджерс К. Взгляд на психотерапию. Становление человека / К. Роджерс.— М.: Прогресс, 1994.— 342 с.
16. Роджерс К. Консультирование и психотерапия / К. Роджерс.— М.: Апрель Пресс; ЭКСМО-Пресс, 2000.— 254 с.
17. Фрейдджер Р. Личность: теории, эксперименты, упражнения / Р. Фрейдджер, Д. Фейдимен.— СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2001.— 704 с.
18. Александровский Ю. А. Состояния психической дезадаптации и их компенсация / Ю. А. Александровский.— М.: Наука, 1976.— 272 с.
19. Бехтерев В. М. Коллективная рефлексология. Избранные работы по социальной психологии / В. М. Бехтерев.— Петроград: Колос, 1921.— С. 81–99.

СУЧАСНІ УЯВЛЕННЯ ПРО ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНИЙ ПРОЦЕС ІЗ ПОЗИЦІЙ ПЕРСОНАЛІЗОВАНОЇ МЕДИЦИНИ

Ю. І. ЗАСЕДА

Подано сучасний стан психотерапії з позицій основних психотерапевтичних парадигм у межах панівної концепції персоналізованої медицини. Підкреслено роль психотерапії як повноцінного інструменту персоналізації у загальномедичній практиці, наведено її різні підходи. Обґрунтовано введення в психотерапевтичну практику психофеноменологічного профілю як квінтесенції персоналізованого підходу у психотерапії.

Ключові слова: психотерапія, персоналізована медицина, психофеноменологічний профіль, онтогенетична модель, психотерапевтичний процес.

MODERN CONCEPTS OF PSYCHOTHERAPEUTIC PROCESS FROM THE PERSPECTIVE OF PERSONALIZED MEDICINE

Y. I. ZASEDA

This paper features the current situation of psychotherapy from the perspective of major psychotherapeutic paradigms in the framework of the dominant concept of personalized medicine. The role of psychotherapy as a functional personalization tool in general practice is emphasized. Different approaches to psychotherapy are described. Introduction into the psychotherapeutic practice of the psychotherapeutic profile is substantiated as quintessence of the personalized approach in psychotherapy.

Key words: psychotherapy, personalized medicine, psychotherapeutic profile, ontogenetic model, the psychotherapeutic process.

Поступила 28.11.2013