

## **«ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА ЛЕЧЕНИЯ» КАК КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ФЕНОМЕН**

**Урываев В.А.**

*Урываев Владимир Анатольевич*

*главный редактор научного сетевого журнала «Медицинская психология в России», кандидат психологических наук, доцент по кафедре медицинской психологии; государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Ярославская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации, ул. Революционная, 5, Ярославль, 150000, Россия. Тел.: 8 (4852) 30-56-41.*

*E-mail: info@medpsy.ru*

**Аннотация.** Конструкт «внутренняя картина лечения» призван дополнить уже имеющиеся в научном обороте понятия «внутренняя картина болезни» и «внутренняя картина здоровья». Само понятие «патос» (греч.) является внутренне противоречивым и переводится то как «патос», то как «пафос». Отсюда выводится проблема стимулирования активности пациента во взаимодействии с врачом и противодействии болезни. Введение понятия подготовлено целым рядом новейших тенденций в понимании психологических основ взаимодействия врач-пациент. Во-первых, это концепция «клиент-центрированной» терапии К. Роджерса, где пациенту отводится активная роль. Здесь мы можем отметить и «позитивный подход» Пезешкианов, где между пациентом и врачом находится не только «болезнь», но и «возможности» борьбы с ней. Во-вторых, в настоящее время признается активность пациента на всех ступенях «карьеры болезни» — от дебюта заболевания, до формирования полноценного комплаенса. В-третьих, проблема «внутренней картины лечения» (пациента) во многом детерминируется проработанностью психологических проблем лечащего врача. Часто властные полномочия врача используются как средство манипуляции и пациенту отказывается в самой возможности иметь свое мнение, к примеру, данные анализов от него могут скрывать, ссылаясь на «врачебную тайну». Комплекс рассмотренных проблем позволяет предположить продуктивность использования нового клинико-психологического понятия.

**Ключевые слова:** внутренняя картина болезни; внутренняя картина здоровья; внутренняя картина лечения; комплаенс; врачебный контракт; карьера болезни; архетип «раненый целитель».

УДК 159.9:61

### **Ссылка для цитирования**

Урываев В.А. «Внутренняя картина лечения» как клинико-психологический феномен // Медицинская психология в России. – 2013. – Т. 5, № 5. – С. 9. doi: 10.24411/2219-8245-2013-15090

*Поступила в редакцию: 01.09.2013    Прошла рецензирование: 18.09.2013    Опубликована: 09.10.2013*

В отечественной медицинской психологии конструкт «внутренней картины болезни (ВКБ)» [5; 6] (и др.) систематически исследуется и признан как в медицинском, так и в профессионально-психологическом сообществе.

Можно с высокой степенью уверенности констатировать (развернутая дискуссия и систематические исследования уже ведутся), что, не менее широкое признание получает и обсуждаемый широкой научной общественностью конструкт «внутренняя картина здоровья (ВКЗ)» [3; 7] (и др.).

Со своей стороны, как продолжение традиции психологического анализа субъектного поля, мы предложили использовать в коррекционной и терапевтической



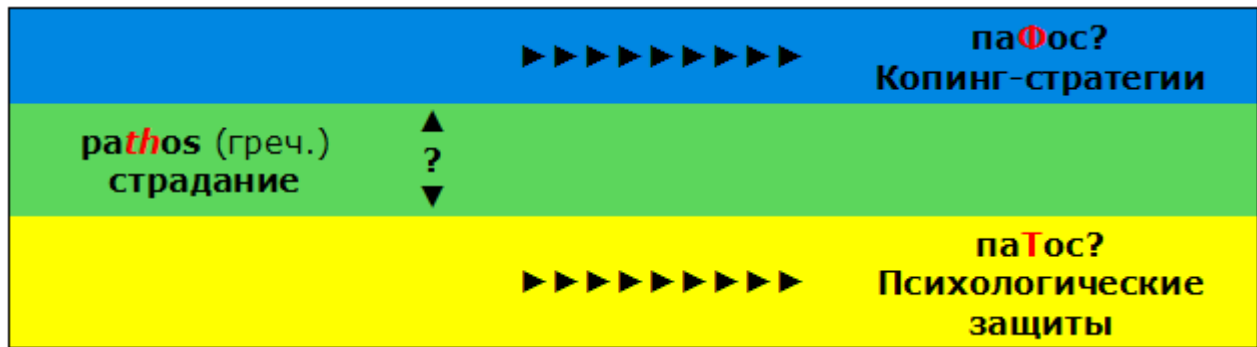


Рис. 3. Гипотеза о соотношении пассивной (защитной) и активной (совладающей) реакции на болезнь (страдание) в русле современных дискуссий.

Мы видим, что выраженное субъективное начало заложено в самую основу переживания болезни (переживание страдания может разрешиться как «защитной» активностью, так и обращением к «копинг-стратегиям»), и это, отнюдь не случайно, зафиксированно в языке.

Диагностика выбора пациентом той или иной стратегии поведения в ходе лечения крайне важна для организации врачом эффективного взаимодействия. Мы полагаем, что введение конструкта «внутренняя картина лечения» позволяет привлечь (интегрировать) в терапевтическую практику целый ряд тенденций, обсуждаемых в последнее время в рамках медицинской (клинической) психологии.

### Клиент-центрированный подход

Введение такого конструкта (ВКЛ) может рассматриваться как своего рода продолжение традиции, указанной Карлом Роджерсом в его классических трудах и практике по «клиент-центрированной» терапии [9].

Обратившийся за профессиональной медицинской помощью человек рассматривается в этой традиции как активное, деятельное, имеющее свободную волю и принимающее на себя ответственность за результаты начало (в Древнем Риме «клиент» — это свободный гражданин, отдающийся под покровительство «патрона»). Наличие активности и воли существенно изменяет ситуацию в сравнении с ситуацией, обозначенной привычным понятием «пациент» (лат. «болеющий», «страдающий»).

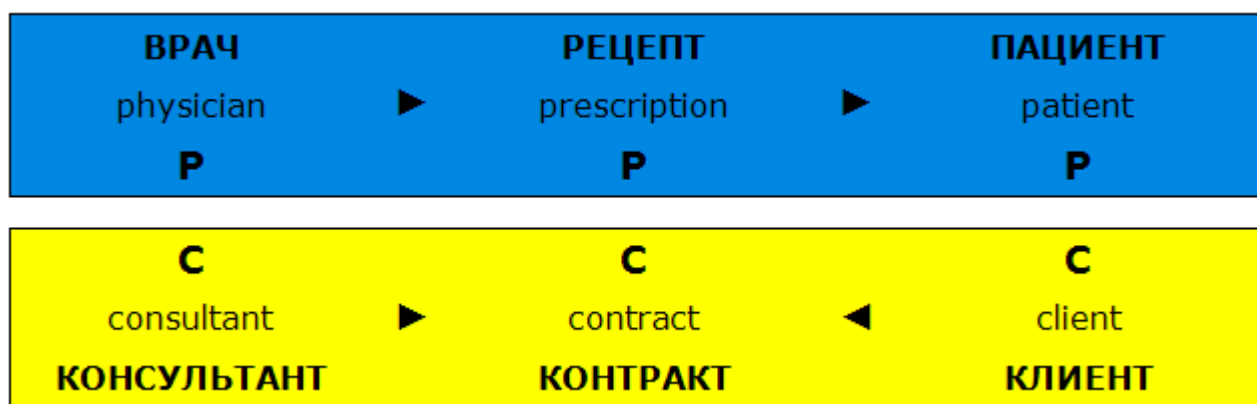


Рис. 4. Две модели отношений (P-P-P и C-C-C) в кабинете врача [Приводится по: 2, с. 109], схема — В.У.

Очевидным и предопределенным следствием введения нового термина («клиент»), стало появление понятия «контракт» как аспекта, фиксирующего взаимное согласие сторон (взаимное согласование усилий, взаимное признание важности усилий с обеих сторон) в отношении процесса лечения. «Осмотрите врача, прежде чем он осмотрит Вас», — совет американских врачей, сформулированный в духе данного подхода.

В настоящее время практика заключения именно «контрактов» между лечащим врачом и пациентом постепенно распространяется в Европе (приобретая, в том числе, и юридически закрепленные формы, фиксируемые в историях болезни).

В публикации нам важно зафиксировать для дискуссии тот факт, что без активности человека, пришедшего на прием к врачу, современные представления о процессе лечения уже не воспринимаются как достаточно полные.

Мы считаем уместным добавить в этой связи замечание Н. Пезешкиана (см. рис. 5) о том, что между врачом и пациентов находится не только «болезнь», но и «возможности» по ее преодолению. Выбрав для характеристики своего подхода термин «позитивный», они (Пезешкианы) подчеркивают, что на латыни «positium» — это «действительное, данное, имеющееся...» [8, с. 14].

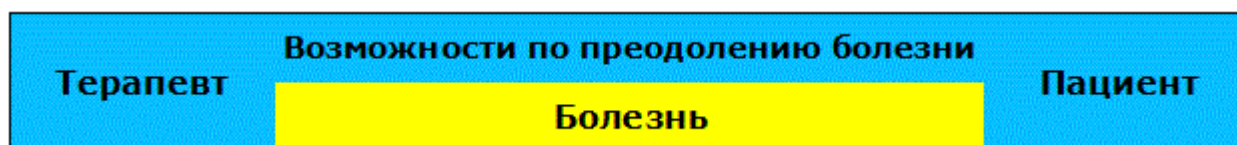


Рис. 5. Позитивный подход в концепции Пезешкианов.

### «Карьера болезни»

Конструкт «внутренняя картина лечения» предполагает интегрировать в себя и этап, крайне важный для понимания поведения человека в кабинете врача (но еще сравнительно мало изученный), а именно, до- врачебный этап активности человека. Последние исследования позволяют утверждать, что на этом отрезке времени, (предшествующем приходу человека в кабинет врача) активность в сфере формирования представления о болезни и путях борьбы с недугом является не только выраженной по интенсивности, но и чрезвычайно разнообразной.

По мнению ряда немецких исследователей (рис. 6), «карьеру болезни» начинается с переживания, которое можно обозначить следующим образом: «со мной что-то не так!».

Переживание своего рода «сбоя» в отлаженной системе обеспечения жизнедеятельности заставляет человека «прислушаться» к симптомам неблагополучия и, оценив их интенсивность и необычность, придти к выводу — «я заболел!» (вторая стадия «карьеры болезни»).

Развернувшиеся в последнее время исследования показывают, что на этом этапе человек активно ищет способы борьбы с недугом:

- актуализирует детско-родительский опыт (образцы, стандарты реакций);
- заново припоминает важные для разрешения этих вопросов культурные особенности среды, в которой он формировался как личность;
- вовлекает в процесс поиска решения «проблемы» аптечных работников, экстрасенсов, любых знакомых и малознакомых;
- (!) становится крайне сензитивен в отношении рекламы лекарств, размещенной в СМИ и проч., и проч.

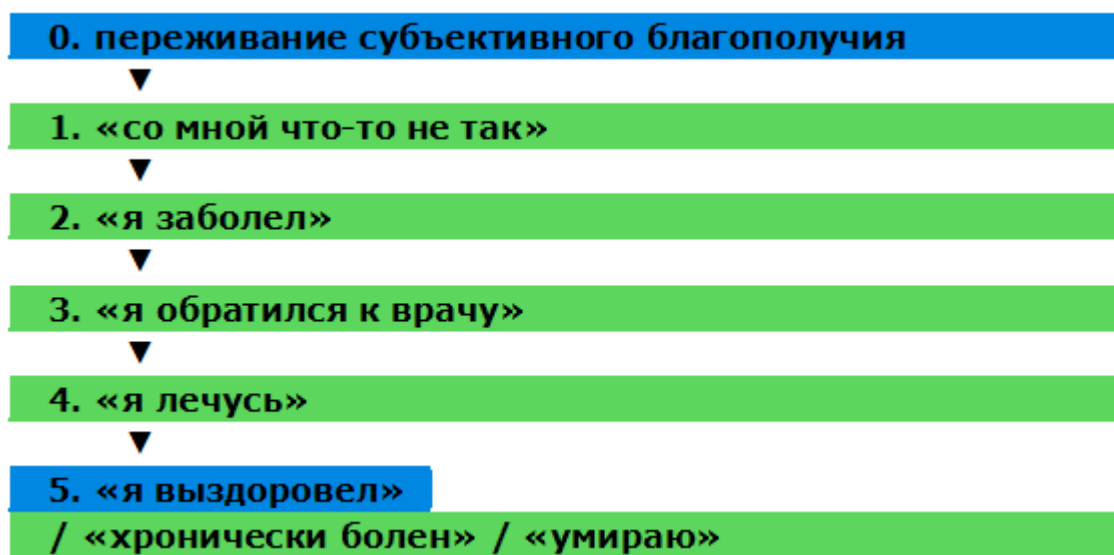


Рис. 6. Этапы «карьеры болезни» (модифицировано) [Приводится по: 15].

Сюда же включаются и усилия человека по реальному изменению своего привычного поведения: выполнение некоторых дел — откладывается, берется отпуск (пусть и кратковременный, на один-два-три дня), выделяется время для дополнительного отдыха, усиливается внимание к питанию, приобретаются витамины и общеукрепляющие добавки; выбирается «щадящий» режим жизнедеятельности и проч., и проч. По данным К. Элиота-Биннса [Цит. по: 13], на вопросы: искали ли они информацию и советы или занимались ли они самолечением прежде, чем обратиться к врачу общей практики, — 96% опрошенных ответили утвердительно (на оба или на один из вопросов). 88% получали советы и информацию от друзей и близких, а 52% использовали хотя бы одну форму самолечения.

Сопоставление числа жалоб, по поводу которых человек хотел бы проконсультироваться у врача (данные анализа дневниковых записей добровольцев, принявших участие в исследовании), с числом жалоб, предъявляемых реально врачу во время приема, позволяют утверждать, что до третьей стадии «карьеры болезни» — «я обращаюсь к врачу!» — доходит уже сравнительно небольшая часть симптомов, требующих медицинской консультации.

Во многом такие исследования проводились для идентификации и изучения ведущих факторов, которые детерминируют визит человека к врачу (сравнивались готовность человека пойти на консультацию к медикам с учетом интеллекта пациента, его социального положения, пола, финансового благополучия, среди факторов влияния отдельно анализировалась роль представлений о враче в глазах населения, мнение микросоциального окружения пациента о работе врачей и проч.). В рамках же нашей публикации важно подчеркнуть безусловное наличие развернутой активности человека на этапе, предшествующем принятию решения о визите.

Очевидно, что с констатации этой активности перед визитом к врачу, мы должны начинать рассматривать вопрос о действенности «внутренней картины лечения», формирование которой, продолжается в кабине врача (в ситуации, когда пациента к врачу привел, по афористичному выражению А. Швейцера, «внутренний доктор»).

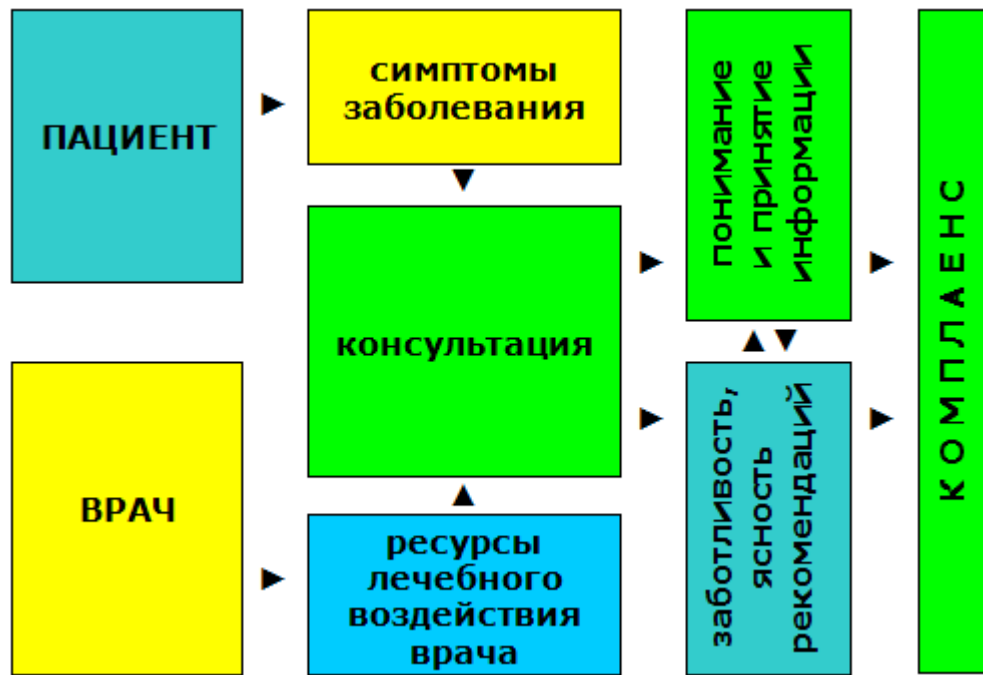


Рис. 7. Модель взаимодействия в диаде «врач-больной» — модифицировано [Приводится по: 15, с. 230].

Конструкт «внутренняя картина лечения» может рассматриваться в рамках его соотнесенности с понятием «комплаенс». Достижение комплаенса многими исследователями определяется как наиважнейшая (если не сказать — основная) цель взаимодействия между врачом и пациентом в ситуации консультации.

Заметим, что понятие «комплаенс», согласно современным исследованиям, представляет из себя результат развернутого во времени процесса, в который включены (см. рис. 6):

- пациент (его личная модель здоровья, его медицинская эрудиция, стиль решения проблем, социализация, внутренняя картина болезни, мнение ближайшего окружения, оценка вероятности успешного лечения и проч.);
- врач (особенности его профессиональной социализации в высшей медицинской школе, его специальные медицинские знания и навыки, его стиль ведения врачебного разговора, стиль выписки назначений и проч.);
- собственно особенности взаимодействия в кабинете врача (у врача — готовность к сотрудничеству, понятный для пациента язык общения, межполовые различия, межвозрастные, статусные и проч.; у пациента — реакция на внушающие вопросы, внимание к деталям, полнота изложения жалоб и проч.);
- переживание и понимание (зрелость внутриличностной рефлексии) симптомов заболевания пациентом;
- понимание врачом жалоб пациента и выбор ресурсов лечебного воздействия;
- инструктирование пациента при окончании консультации (профилактика нон-комплаенса, всех его форм);
- принятие предписаний врача пациентом и формирование пациентом (совместно с уже отмеченным «внутренним доктором») плана деятельности по выздоровлению.

Несмотря на полноту и развернутость современных исследований феномена «комплаенс», важно поставить вопрос: понятие «комплаенс» и конструкт «внутренняя картина лечения», — идентичны, или между ними имеются различия?



### «Раненый целитель»

Мы полагаем, что при попытке ответить на этот вопрос необходимо принять во внимание еще один — социально-психологический — аспект анализа. Здесь мы обращаемся к научной рефлексии статусных позиций специалиста (врача) и человека, пришедшего на прием в медицинское учреждение.

В начале публикации указывалось, что со времен Карла Роджерса поставлен вопрос о необходимости смены ведущей модели отношений в медицине с «организмоцентрической» (человек — это «макробионт» и, соответственно, существо, в ситуации болезни абсолютно зависимое от врача, нуждающееся в управлении) на гуманистическую, «клиент-центрированную» (необходимость выстраивать отношения между участниками терапевтического процесса, через взаимное сближение позиций и организацию взаимодействия).



На первом рисунке врач, вооруженный знаниями и приборами, поддерживается присутствием помощника.



То же самое и для священника, выполняющего свою святую обязанность. Здесь мы видим его одетого в стопу, позволяющую ему играть свою роль и следовать ритуалу.



На этом рисунке мы видим пациента, встречающегося либо с врачом, либо с церковным служащим, когда он исчерпал физические аспекты своих обязанностей. Он оставлен с пустыми руками, но с одним все еще ценным свойством — успокаивать.



Последний рисунок показывает пациента и доктора на равных позициях, предоставленных друг другу, открытых друг для друга, просто как два живых существа.

Рис. 8. Варианты взаимодействие с больными в паллиативной медицине (Твайкросс Р.Дж., Фрамpton Д.Р., [11]).

В латентном виде здесь заявлена исключительно важная для понимания существа происходящего в кабинете врача — проблема «власти» врача над пациентом. Не секрет, занятие самолечением, с позиций традиционной медицины — тяжелейший грех пациента. Если пациент строго выполняет предписания врача — он прав, если не выполняет — он может подвергнуться санкциям, часто изощренным.



Рис. 9. Основные виды властных воздействия врача на пациента (по В.Е. Collins, В.Н. Raven) — схема В.У.

В своем анализе феномена властных отношений широко известная классификация источников власти иллюстрирует основные положения, опираясь на работу именно врача (В.Е. Collins, В.Н. Raven, 1968 [Цит. по: 14, с. 149]):

«Доктор может делать упор на свою легитимную роль и настаивать на том, что пациент должен его слушаться; он может пытаться говорить с пациентом на «его языке» и установить с ним дружеские отношения, оказывая тем самым референтное влияние; он может подчеркнуть факт своего образования, выстроить в своем кабинете в ряд книги и журналы, чтобы установить свою экспертную власть; он может воспользоваться выражением одобрения или неодобрения как средством вознаграждения или принуждения или, если это в его силах, угрожать пациенту лишением медицинской помощи, он может использовать информационное влияние, тщательно объясняя пациенту характер его болезни и необходимость выполнения рекомендуемых процедур или принятия лекарств».

По нашему мнению, проблема власти врача (добросовестное использование, применение власти) над пациентом (признание врачом существования «внутренней картины лечения» у пациента и учет ее в работе) имеет еще более глубокий — архетипический — уровень анализа.

Суфийская поговорка гласит: «Тени рождаются в полдень». Так, для обсуждения проблем профессионализации врача А. Гуггенбюль-Крейг вводит архетип «раненого целителя» (отталкиваясь от образа кентавра Хирона, ученика покровителя медицины в Древней Греции Асклепия — в латинской транскрипции Эскулапа; важно, что сам Хирон страдал от не заживающей раны).

«Медиков привлекают архетипические противоположности здоровья и болезни ... К сожалению не все из тех, кто становится врачами, в состоянии длительное время переносить сосуществование двух полюсов архетипа «раненого целителя» — целителя и больного. Иллюстрацией сказанному могут служить студенты медицинского факультета, которые в период своего



обучения переживают стадию страха перед перспективой заболеть всеми изученными ими болезнями. Например, ознакомившись с симптомами туберкулеза, они начинают подозревать, что больны этим опасным заболеванием. Соприкоснувшись во время практики с пациентами, страдающими раком, студенты пугаются, что заболеют раком сами и т.п. Данный психологический феномен зачастую понимается как невротический. Бывалые врачи смеются над мнительными студентами и с благодушием вспоминают, как сами переживали подобное, однако не придают этому никакого значения. Тем не менее, именно так называемая невротическая стадия обучения студентов медицинского факультета оказывается для последних своего рода распутьем и ставит их перед внутренним выбором. В этот момент студенты начинают понимать, что все изучаемые болезни заложены в них, поскольку врач тоже человек. Тем самым студенты становятся «ранеными целителями». Зачастую ноша для них невыносима, и они вытесняют полюс болезни. Однако студенты могут найти в себе силы, необходимые для того, чтобы ощутить собственную уязвимость, интегрировать ее и стать истинными «ранеными целителями» [1, с. 70–71].

Если же, по А. Гугенбюль-Крейгу, происходит «расщепление» архетипа, и «целитель» теряет контакт со своей «раненой» частью ипостаси (избегая тем самым страдания, дискомфорта), то мы **можем наблюдать один из главных феноменов профессиональной деформации: «влияние» врача на пациента (клиента) трансформируется во «властные» притязания.** Другими словами, врач ВСЕГДА целитель, а пациент ВСЕГДА раненый. Архетип, таким образом, состоит не из двух ипостасей, а из двух действующих лиц, и выйти из своих ролей им — по одиночке — практически нельзя. Конфликт хронизируется и приобретает выраженные дизадаптивные формы.

#### А. Архетип «раненый целитель» – модель «контракта»

Целитель (врач)	▶	Контракт взаимодействие	◀	Внутренний доктор
Раненый	▶	Эмпатия, доверие, синергия	◀	Пациент

#### Б. «Расщепленный» архетип – модель властной манипуляции

Целитель (врач)	▶	Понуждение, принуждение	▶	Пациент как объект манипуляций
-----------------	---	----------------------------	---	-----------------------------------

Восприятие врача как кудесника	◀	Передача врачу всей ответственности	◀	Б1. Капитуляция пациента, его инфантилизация
«Безличное» восприятие врача как потенциальной угрозы	◀	Агрессия, протест	◀	Б2. Противостояние, не согласие, реакция защиты

Рис. 10. Архетип «Раненый целитель» (по [1]) в своем зрелом проявлении (А) и в дисфункциональном (Б1, Б2) — схема — В.У.

К сожалению, инфантилизированные пациенты часто бессознательно провоцируют (!) этот процесс, отказывая себе в возможности активно сопротивляться заболеванию (то есть, исключая наличие в себе функции «целителя», «внутреннего доктора»), и перекладывая ВСЮ ответственность на врача. Не проработавший свои психологические проблемы врач принимает этот груз (как ему видится, «доверия») и сам захлопывает ловушку в том случае, если для преодоления болезни крайне необходимы усилия со стороны пациента, а пациент в это время уже всю успешность лечения связывает исключительно с активностью врача.

Подчеркнем, что объективно имеются достаточно сильные ситуационные влияния к выбору именно такого способа распределения ролей и противодействие им — одна из задач профессиональной подготовки врача.

«Постюнговские исследования переходных состояний подтвердили, что во время пороговых периодов или пограничных состояний человек, будь то посвящаемый, новообращенный, пациент или анализируемый, особенно восприимчив к притяжению так называемых МАНА-ЛИЧНОСТЕЙ. Влияние таких образцов, реальных или проецированных, заключается в том, что они дают индивиду ощущение направления к осуществимому повышению *сознания*» [10, с. 82].

Врач, не проработавший проблемы, исподволь начинает испытывать переживание абсолютного превосходства над больным, одновременно лишая себя возможности взаимодействия по ходу лечения. Отсюда следует и поддерживаемый рядом врачей-практиков псевдо-логический вывод о НЕВОЗМОЖНОСТИ объяснить пациенту характер лечебных процедур, за этим следует сокрытие диагнозов, засекречивание медицинской документации и т.п., и т.д. (здесь же — отказ даже ставить вопрос о «внутренней картине лечения» пациента при согласии обсуждать и ВКБ и ВКЗ).

Резюмируя сказанное, можно утверждать, что конструкт «внутренней картины лечения» имеет все предпосылки стать понятием:

- отражающим активность и ответственность человека в выборе стратегии и тактики лечения (в ситуации непрерывного взаимодействия с врачом);
- закрепляющим и развивающим уже сформировавшуюся активность в период до посещения врача;
- аккумулирующим многосторонность системы отношений в процессе лечения, включающем как особенности микросоциума, в котором находится пациент, так и микросоциума, в котором реализуется профессиональная деятельность врача;
- объединяющим индивидуально-психологические и социально-психологические феномены в рамках психологического анализа субъективной стороны регуляции своего поведения человеком, обратившимся за медицинской помощью.

### Литература

1. Гуггенбуль-Крейг А. Власть архетипа в психотерапии и медицине / пер. с нем. – СПб.: Б.С.К., 1997. – 117 с.
2. Досталова О.В. Как сопротивляться раку / пер. с чешск. – СПб.: Питер, 1994.
3. Каган В.Е. Внутренняя картина здоровья — термин или концепция? // Вопросы психологии. – 1993. – № 1. – С. 86–88.
4. Лосев А.Ф. Дерзание духа. – М.: Политиздат, 1988. – С. 166.
5. Лурия Р.А. Внутренняя картина болезни и иатрогенные заболевания. 4-е издание. – М.: Медицина, 1977.

6. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику: психологическое исследование. – М.: МГУ, 1987.
7. Орлов А.Б. Возникновение новой психодиагностики: некоторые симптомы и тенденции // Вопросы психологии. – 1991. – № 5. – С. 129–130.
8. Пезешкиан Х. Основы позитивной психотерапии. – Архангельск: АГМИ, 1993.
9. Роджерс К. Клиенто-центрированная терапия / пер. с англ. – М.: Рефл-бук; Вафлер, 1977.
10. Сэмьюэлз Э.Ю., Шортер Б., Плот Ф. Критический словарь аналитической психологии К. Юнга / пер. с англ. – М.: МНПП «ЭСИ», 1994. – 182 с.
11. Твайкросс Роберт Дж., Фрамpton Дэвид Р. Введение в паллиативное лечение. – Собелл Пабликейшн, 1992. (Центр сотрудничества ВОЗ по паллиативному лечению).
12. Урываев В.А. К проблеме «внутренней картины лечения» // XIII съезд психиатров России 10-13 октября 2000: материалы съезда. – М., 2000. – С. 306.
13. Фергюсон Т. Сотрудничество с врачом // Победите свои болезни / пер. с англ. – Мн: ООО Попурри, 1999.
14. Шихирев П.Н. Современная социальная психология США. – М.: Наука, 1979.
15. Medizinische Psychologie & Medizinische Soziologie / hrsg. von Gernot Huppmann u. Friedrich-Wilhelm Wilker. – Munchen; Wien; Baltimore; Urban u. Schwarzenberg, 1988.

## "Internal picture of treatment" as clinical psychological phenomenon

Uryvaev V.A.  
E-mail: info@medpsy.ru

Yaroslavl State Medical Academy  
Revolutsionnaya St., 5, Yaroslavl, 150000, Russia  
Phone: (4852) 30-56-41

**Abstract.** The construct "internal picture of treatment" is designed to supplement the notions "internal picture of disease" and "internal picture of treatment" that already exist in scientific discourse. The very notion of "pathos" (Greek) is internally contradictory. Therefore, we have the issue of stimulating patient's activity in dealing with a doctor and struggling against a disease. The introduction of the notion is prepared by the whole range of the latest tendencies in understanding the psychological bases for doctor-patient interaction. First, this is a concept of K. Roger's client-centered therapy where a patient plays an active role. Here, we can also mention Peseshkians' "positive approach" where both a disease and opportunities of struggling against it are between a patient and a doctor. Second, patient's activity is acknowledged at all the stages of "disease picture" now — from the debut of a disease to the development of adequate compliance. Third, the issue of "internal picture of treatment" (patient) largely depends on whether doctor's psychological problems are worked out. Doctors often use their authoritative powers as a mean of manipulation. They even do not allow patients to have their opinion and may conceal the results of analysis from them referring to "medical confidentiality" These problems enable to suggest that the use of a new clinical and psychological notion is productive.

**Key words:** internal picture of disease; internal picture of health; internal picture of treatment; compliance; medical contract; picture of a disease; an archetype of a "wounded healer".

### For citation

Uryvaev V.A. "Internal picture of treatment" as clinical psychological phenomenon. *Med. psihol. Ross.*, 2013, vol. 5, no. 5, p. 9. doi: 10.24411/2219-8245-2013-15090 [in Russian, abstract in English].