

18+

Олег Лаврентьев

*Оптимальная
психотерапевтическая
коррекция внутренней
картины болезни
и внутренней картины
здоровья у зависимых
от психоактивных веществ*

Олег Лаврентьев

**Оптимальная
психотерапевтическая
коррекция внутренней
картины болезни и внутренней
картины здоровья у зависимых
от психоактивных веществ**

«Издательские решения»

Лаврентьев О.

Оптимальная психотерапевтическая коррекция внутренней картины болезни и внутренней картины здоровья у зависимых от психоактивных веществ / О. Лаврентьев — «Издательские решения»,

ISBN 978-5-00-607823-9

Данная монография это результат работы по изучению эффективности психотерапевтической коррекции внутренней картины болезни и внутренней картины здоровья у зависимых от психоактивных веществ на соискание почетной степени доктора научной психотерапии.

ISBN 978-5-00-607823-9

© Лаврентьев О.
© Издательские решения

Содержание

Введение	6
Глава 1. Внутренняя картина здоровья и внутренняя картина болезни	9
1.1. Эпидемиологический аспект	9
1.2. Определение здоровья	11
1.3 Внутренняя картина здоровья как медико-социальная проблема	14
1.4. Определение болезни	17
Конец ознакомительного фрагмента.	20

Оптимальная психотерапевтическая коррекция внутренней картины болезни и внутренней картины здоровья у зависимых от психоактивных веществ

Олег Лаврентьев

© Олег Лаврентьев, 2023

ISBN 978-5-0060-7823-9

Создано в интеллектуальной издательской системе Ridero

Введение

Актуальность исследования

Решение проблемы немедицинского потребления психоактивных веществ входит в ряд первоочередных задач, стоящих перед государством. По данным многоуровневого исследования, 1,7% населения имеют устойчивую зависимость от наркотических веществ, 3,1% – от алкоголя.

По данным официальной статистики, с 1990 по 2002 год наблюдается тенденция роста болезненности более чем в 9 раз; рост первичной заболеваемости за аналогичный период в 19,7 раза.

Ощущения и представления пациентов о своем здоровье, заболевании изучаются с тех пор, когда было выяснено единство биологического и психологического в человеке. Изучение взаимодействия данных компонентов является основой для правильной оценки роли личности в болезни.

Широкое признание получило позитивное определение здоровья, данное ВОЗ: «Состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов» (Устав ВОЗ, 1946). Таким образом, здоровье складывается из трех компонентов: физического, психического и социального. Однако это понятие скорее представляет собой противоположность понятию «плохое самочувствие» – то есть оно определяет «хорошее самочувствие». И в настоящее время здоровье трактуется как способность к адаптации, способность сопротивляться и приспосабливаться, способность к самосохранению и саморазвитию, ко все более содержательной жизни во все более разнообразной среде обитания (В. А. Лищук 1994).

Представляется очевидным, что внутренняя картина здоровья является перспективным и развивающимся научным понятием; таким образом, данная проблема обладает большим эвристическим потенциалом и поэтому нуждается в, возможно, более всестороннем рассмотрении. Семантический анализ показывает, что в отечественных толковых и этимологических словарях со словом «болезнь» связано значительно больше смысловых оттенков, чем с понятием «здоровье». Оказывается, что здоровье менее дифференцировано, но представлено в традиционном общественном сознании по сравнению с болезнью, и это различие зафиксировано в словарном составе. Обращение к социальной психологии выявляет более ценностное отношение к состоянию болезни по сравнению с состоянием здоровья. Так, в сфере производственных отношений часто болеющего человека освобождают от нагрузок, отправляют в отпуск в лучшее время года, в первую очередь выделяют путевки в дома отдыха, на курорты и в санатории. В процессе интерперсонального общения не принято говорить о своем хорошем самочувствии, а более уместными и одобряемыми являются темы недомогания и неблагополучия. Демонстрация здоровья вызывает зависть, а болезненность – сочувствие. Как это ни парадоксально, но в нашем менталитете поощряется болезнь; болеть выгоднее, чем быть здоровым.

При обследовании пациентов с зависимостью от психоактивных веществ выясняется, что представление ими своего заболевания в большинстве случаев сильно отличается от медицинского представления внутренней картины болезни. Также недостаточно объективно пациенты осознают внутреннюю картину здоровья, которая является неотъемлемой частью внутренней картины болезни. Неверная оценка своего состояния становится существенной помехой для проведения терапии и реабилитации пациентов с наркологическими заболеваниями.

Внутренняя картина болезни при соматических заболеваниях хорошо изучена и уже является объектом воздействия для психотерапии. Концепция патологического личностного статуса наркозависимых достаточно разработана, но эти разработки теоретического направле-

ния и не дают существенной помощи в лечебных и реабилитационных процессах. Таким образом, настоящее исследование, устраняющее вышеназванный дефицит, является весьма актуальным.

Несмотря на то, что констатация нарушения сознания болезни у больных алкоголизмом и наркоманией уже давно стала хрестоматийной (Е. И. Цилли, 1993; Л. П. Яцков, 1995), до настоящего времени не изучены до конца феноменологическое содержание и эволюция этого сложного клинического явления. Практически не освещен клинико-динамический аспект «внутренней картины болезни». Не выработаны и методологические подходы к построению медицинской тактики, направленной на коррекцию нарушенного сознания болезни и формирование лечебной установки. Указанные обстоятельства свидетельствуют об актуальности более глубокого исследования феноменологии и динамики отношения больных алкоголизмом и наркоманией к своей болезни и лечению.

Внутренняя картина болезни – совокупность представлений человека о своем заболевании, результат творческой активности, которую прорабатывает пациент на пути осознания своей болезни. Термин введен Р. А. Лурией в 1935 году.

В качестве одного из аспектов валеопсихологии предлагается «внутренняя картина здоровья» (ВКЗ). Это понятие начинает вводиться в научный язык медицинской психологии и клиники пограничных состояний (Ю. М. Губачев, 1990; В. Е. Каган, 1986, 1993; А. Б. Орлов, 1991). Будучи этимологически связанным с «внутренней картиной болезни», ВКЗ определяется то как антоним ВКБ (А. Б. Орлов), то в более широком плане как «культура здоровья», «семиотическое пространство в групповом и массовом сознании» (В. Е. Каган).

Внутренняя картина здоровья – составная часть самосознания, представление о своем физическом состоянии, сопровождающееся своеобразным эмоциональным, чувственным фоном.

Основная цель исследования:

Обоснование и дифференцированная, комплексная оценка сравнительной эффективности полимодального подхода в психотерапевтической коррекции внутренней картины болезни и здоровья у зависимых от психоактивных веществ. (*F 10 -F19 по МКБ 10 – психические и поведенческие расстройства в результате употребления психоактивных веществ*).

Задачи исследования:

Исследование особенностей репрезентации внутренней картины болезни и здоровья у пациентов, зависимых от психоактивных веществ.

Разработка методики диагностики внутренней картины болезни и здоровья у пациентов, зависимых от психоактивных веществ.

Разработка методов психотерапевтической коррекции внутренней картины болезни и внутренней картины здоровья у пациентов, зависимых от психоактивных веществ.

Экспериментальная апробация и изучение сравнительной эффективности методов коррекции внутренней картины болезни и здоровья у пациентов, зависимых от психоактивных веществ.

Разработка методических рекомендаций по методам психотерапевтической коррекции внутренней картины болезни и здоровья у пациентов, зависимых от психоактивных веществ.

Научная новизна

Впервые:

Представляются особенности репрезентации внутренней картины болезни и здоровья у пациентов, зависимых от психоактивных веществ.

Разрабатывается оригинальная методика диагностики внутренней картины болезни и здоровья у пациентов, зависимых от психоактивных веществ.

Изучается эффективность методов психотерапевтической коррекции внутренней картины болезни и внутренней картины здоровья у пациентов, зависимых от психоактивных веществ.

Разрабатываются методические рекомендации по методам психотерапевтической коррекции внутренней картины болезни и внутренней картины здоровья у пациентов, зависимых от психоактивных веществ.

Практическая значимость

Полученные данные восполняют дефицит представлений о структурных составляющих здоровья и болезни у пациентов, зависимых от психоактивных веществ.

Выверенная диагностика образов здоровья и болезни, создающихся у пациентов, позволяет найти точки приложения для воздействия на эти образы.

Разработанная программа психотерапевтической коррекции внутренней картины болезни и здоровья позволяет эффективно воздействовать на длительность, социальные и психологические характеристики ремиссий пациентов, зависимых от психоактивных веществ.

Результаты данной работы служат методологической основой для совершенствования программ реабилитации по профилю химической зависимости.

Гипотетические положения, доказываемые данным исследованием

Представление пациентов с зависимостью от психоактивных веществ о внутренней картине болезни и здоровья имеет свои специфические особенности.

Диагностика внутренней картины болезни и здоровья позволяет более точно определить мишени психотерапии и противорецидивной работы с зависимыми пациентами.

Результатом эффективной психотерапевтической коррекции внутренней картины болезни и здоровья является повышение успешности лечения и реабилитации зависимых пациентов.

Эффективная психотерапевтическая коррекция внутренней картины болезни и здоровья является обязательным и важным компонентом программ медико-социальной реабилитации лиц, злоупотребляющих психоактивными веществами.

Глава 1. Внутренняя картина здоровья и внутренняя картина болезни

1.1. Эпидемиологический аспект

Распространенность злоупотребления наркотическими веществами, как природными так и синтетическими, возросла за последние два десятилетия настолько резко, в таких масштабах и такими высокими темпами, что в настоящее время представляет собой угрозу для всех стран мира в разных отношениях (Е. А. Кошкина, 2002).

В начале 80-х годов была сделана попытка оценить число наркоманов в мире, по данным ООН, полученным из 146 стран (А. F. Brunswick, Р. А. Messeri, 1986). По данным ВОЗ, в 1986 г. злоупотребляли наркотиками и близкими к ним по опасности психотропными средствами 47,2 миллионов человек, из них около 3 млн – опиатами; около 6 млн – кокаином и листьями коки; 29,7 млн – препаратами конопли; 2,3 млн – стимуляторами группы амфетамина; 2 млн – галлюциногенами; 4,2 млн человек злоупотребляли транквилизаторами, барбитуратами и седативными средствами, которые тоже находятся под контролем Комиссии по наркотикам ООН в соответствии с Конвенцией по психотропным средствам 1971 года. Приведенные данные свидетельствуют о том, что в начале 80-х годов около 1% населения в мире было причастно к злоупотреблению наркотиками. При этом 84,3% от общего числа потребителей наркотиков в мире приходилось на США, на Европу – 1,6%, на страны Юго-Восточной Азии – 8,3%, Восточного Средиземноморья – 2,4%, Африки – 1,7% (В. В. Дунаевский, В. Д. Стяжкин, 1991; В. Я. Семке, О. К. Галактионов, 1993).

N. Miller (1990) представил исследование о распространенности наркоманий в США, которое показало, что у 1/3 людей, подвергшихся тестированию на наркотики при трудоустройстве, обнаружены положительные результаты. Установлен еще один важный факт: среди больных алкоголизмом в возрасте до 30 лет 80% в добавление к алкоголю употребляют наркотики (M. L. Desland, R. G. Batey, 1992).

В отношении распространения наркомании в европейских государствах, по литературным данным, были представлены некоторые цифры (данные ВОЗ), отражающие ситуацию в конце 80-х – начале 90-х годов (К. Bernstein, 1982), которые выглядят следующим образом. В Чехословакии было зарегистрировано в 1989—90 годы до 8500 потребителей наркотических веществ (население в 15,4 млн); в Болгарии – 1276 потребителей (население – 8,9 млн); во Франции при численности населения 55 млн человек зарегистрировано 120000 – 150000 потребителей; в Германии – 60000—80000 потребителей (население – 61 млн человек без Восточной Германии); в Италии 60000 человек подверглись лечению (население – 56,8 млн чел.).

В Польше в этот период времени насчитывалось до 30000 больных наркоманиями, при этом в 70% случаев после внутривенного введения наркотиков было выявлено ВИЧ-инфицирование. В Чехословакии – 10000—15000 потребителей наркотиков, ВИЧ-инфицированных – 118 случаев. В Югославии – 1830 наркоманов, у 402 человек выявлено ВИЧ-инфицирование. В Венгрии из 12000 потребителей 10% случаев связано с ВИЧ-инфицированием.

По данным 1992 г., только на территории ФРГ было зарегистрировано 100000 человек с явлениями зависимости от наркотических средств. Смертность, связанная с наркотиками, увеличилась следующим образом: в 1990 г. – 1491 случай, в 1991 г. – 2125. Число лиц, начавших употреблять наркотики, в 1990 г. – 10013, в 1991 г. – 13426 чел. После 1988 года увеличился поток наркотиков в страны Западной Европы и возможности ввоза хими-

ческих соединений для нелегального производства наркотиков. Авторы считают невозможным осуществление контроля за производством и системой распространения наркотиков (J. M. Golding, M. A. Burnam, K. B. Wells, 1990).

По данным обзора ситуации в деятельности по сокращению спроса на наркотики в странах Центральной Азии, проблема злоупотребления наркотиками и связанные с ней другие проблемы, такие как эпидемия ВИЧ/СПИДа, оцениваются как серьезные. Казахстан, как и все государства Центральной Азии, несмотря на богатство природными ресурсами и удобное географическое положение, переживает последствия серьезного экономического и политического кризиса, что, по мнению авторов, может объяснить причину распространения наркомании в Казахстане (Ф. Кумпл, С. Франке, 2002).

1.2. Определение здоровья

Широкое признание получило позитивное определение здоровья, данное ВОЗ: «Состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов» (Устав ВОЗ, 1946). Таким образом, здоровье складывается из трех компонентов: физического, психического и социального. Однако это понятие скорее представляет собой противоположность понятию «плохое самочувствие» – то есть оно определяет «хорошее самочувствие». И в настоящее время здоровье трактуется как способность к адаптации, способность сопротивляться и приспосабливаться, способность к самосохранению и саморазвитию, ко все более содержательной жизни во все более разнообразной среде обитания (В. А. Лищук, 1994).

Здоровье понимается прежде всего как отсутствие болезни, следовательно, отсутствие отклонений в биологических структурах или процессах в организме. Ягода (Jahoda, 1958) в этом смысле пошел гораздо дальше, попытавшись дать позитивное определение *mental health* (психическое здоровье). Согласно Парсонсу (Parsons, 1976), здоровье можно в конечном итоге «...определить как состояние оптимальной работоспособности индивида в смысле эффективного исполнения ролей и задач, соответствующих его социальному статусу». Таким образом, здоровым является работоспособный человек, который оптимально соответствует «нормальным» ролевым ожиданиям и который в состоянии справиться с повседневными требованиями (Becker, 1995), в результате чего нет нужды приписывать ему особую роль больного.

1.2.1. Физическое здоровье

Считается, что определить степень физического здоровья человека достаточно просто – здоровый человек удовлетворен функционированием своего организма. Эту степень здоровья достоверно устанавливает медицина, используя соответствующие методики осмотра, лабораторные исследования.

1.2.2. Психическое здоровье

Сложнее оценить психическое состояние человека, найти критерии психического и социального благополучия человека. В частности, одним из центральных в психологии здоровья является понятие о норме психического развития, которое позволяет говорить о соответствии биологического и психологического возрастов человека. Думается, что психолог и врач, которые работают с показателями здоровья человека, должны исходить из того, что у любого человека на уровне житейской психологии присутствуют свои представления о нормальности человека в любой конкретный период его жизни.

1.2.2.1. Состояние здоровья и самочувствие

При оценке психологии здоровья важно различать понятия «состояние здоровья» и «самочувствие». *Состояние здоровья* — истинное положение дел в организме по данным врачебного осмотра. *Самочувствие* же субъективно и не всегда точно отражает объективное состояние здоровья. Неполнота и искажения внутренней картины болезни возможны у маленьких детей (Д. Н. Исаев, 1996), а также в силу своеобразия структуры личности – нестабильности самооценки «Я-образа» в целом и физического «Я», зависимости собственной самооценки от оценок других людей.

Иногда возникали дискуссии, не рациональнее ли определять «больной» и «здоровый» как две независимые величины (Lutz & Mark, 1995). Что касается «хорошего самочувствия»,

то здесь подобное упорядочение невозможно, поскольку, как уже отмечалось, невозможно говорить о «различных формах здоровья». Отсюда и множество попыток прийти к какому-нибудь позитивному определению «хорошего самочувствия» на основе придуманных признаков, например, вышеупомянутое определение понятия полного благополучия ВОЗ. Другие признаки так или иначе допустимы: ощущение счастья, удовлетворенность, уравновешенный темперамент, интеллектуальность и «примерное» социальное поведение (Menninger, 1946). Ягода (Jahoda, 1958) выдвигает шесть критериев *психологического* здоровья:

- 1) позитивная установка по отношению к собственной личности;
- 2) духовный рост и самореализация;
- 3) интегрированная личность;
- 4) автономия, самодостаточность;
- 5) адекватность восприятия реальности;
- 6) компетентность в преодолении требований окружающего мира.

Основываясь на обширном анализе опросников, Беккер (Becker, 1982, 1995) формулирует три главных компонента (факторы второго порядка) душевного здоровья: душевное и физическое хорошее самочувствие (с первичными факторами: полнота чувств, альтруизм и отсутствие жалоб), самоактуализация (развитие, автономия) и уважение к себе и другим (чувство собственной ценности, способность любить). Обзор других попыток определения предпринимает Шорр (Schorr, 1995).

Состояние плохого или хорошего (психического) самочувствия предполагает некое ценностное суждение, основанное на «нормативных представлениях о человеческом бытии и сосуществовании» (Brandtstadter, 1982).

Вышеупомянутые критерии психического хорошего самочувствия, которые выдвинули Меннингер, Ягода и Беккер, отчетливо показывают, что таким способом едва ли можно определить «среднее состояние», а только некое идеальное состояние.

Брандштеттер (Brandtstadter, 1982) говорит о «концепциях оптимального развития». Между этим идеальным состоянием психического хорошего самочувствия в смысле оптимального развития (или «полностью функционирующей личности») (Rogers, 1973) с одной стороны и экстремальным случаем психического плохого самочувствия (или формой проявления отдельных психических болезней) с другой стороны можно предположить наличие нейтральной области усредненного нормального состояния (Schorr, 1995).

1.2.2.2. Показатели психического здоровья

Рядом отечественных авторов (А. М. Громбах, 1988; А. Ш. Тхостов, 1993; В. В. Лебединский, 1994; Б. Д. Карвасарский, 1982 и др.) представлены показатели психического здоровья, причем по этому параметру (с учетом жалоб на здоровье самого человека) выделяются четыре группы людей:

- 1-я группа – совершенно здоровые, жалоб нет;
- 2-я группа – легкие функциональные нарушения, эпизодические жалобы астено-невротического характера, связанные с конкретными психотравмирующими событиями, напряжение адаптационных механизмов под влиянием отрицательных микросоциальных факторов;
- 3-я группа – лица с доклиническими состояниями и клиническими формами в стадии компенсации, стойкие астено-невротические жалобы вне рамок трудных ситуаций, перенапряжение механизмов адаптации (в анамнезе у таких лиц неблагополучие беременности, родов, диатезы, травмы головы и хронические инфекции);
- 4-я группа – клинические формы заболевания в стадии субкомпенсации, недостаточность или поломка адаптационных механизмов.

1.2.2.3. Критерии психического здоровья

Критерии психического здоровья основываются на понятиях «адаптация», «социализация» и «индивидуализация» (Г. С. Абрамова, Ю. А. Юдчиц, 1998).

Понятие «адаптация» включает способность человека осознанно относиться к функциям своего организма (пищеварения, выделения и др.), а также его способность регулировать свои психические процессы (управлять своими мыслями, чувствами, желаниями).

Социализация определяется по трем критериям, связанным со здоровьем человека. Первый критерий связан со способностью человека реагировать на другого человека как на равного себе («другой такой же живой, как и Я»). Второй критерий определен как реакция на факт существования определенных норм в отношениях с другими и как стремление следовать им. Третий критерий – как человек переживает свою относительную зависимость от других людей. Существует для каждого человека необходимая мера одиночества, и если человек эту меру переступает, то он чувствует себя плохо. Мера одиночества – это своеобразная соотнесенность необходимости в независимости, уединенности от других и своего места среди своего окружения.

Индивидуализация, по К. Г. Юнгу, позволяет описывать становление отношения человека к самому себе. Способность признавать и сохранять индивидуальность в себе и других – один из важнейших параметров психического здоровья.

1.2.2.4. Духовное здоровье человека

Существенной особенностью рефлексивных переживаний является то, что они возникают помимо воли и индивидуальных усилий. Они являются предпосылками духовной жизни человека, в которой, в отличие от психической жизни, результатом является переживание жизни как ценности. Духовное здоровье человека, как подчеркивают многие психологи (А. Маслоу, К. Роджерс и др), проявляется прежде всего в связи человека со всем миром. Это может проявляться разнообразно – в религиозности, в чувствах красоты и гармонии, восхищения перед самой жизнью, радости от жизни. Переживания, в которых осуществляется связь с другими людьми, соответствие конкретному идеалу человека и составляют содержание внутренней картины здоровья как трансцендентального целостного представления о жизни.

1.2.3. Социальное здоровье человека

В. Н. Максимова предлагает проектировать на основе акмеологического подхода валеологическое образование, рассматривая здоровую личность как цель и результат образования. При этом автор определяет здоровье как «интегральную целостность человека, которая проявляется в оптимальном единстве социального и биологического аспектов развития индивидуальности в конкретных условиях жизнедеятельности на основе приоритета духовно-нравственных ценностей» [120, с. 34]. В качестве компонентов здоровья автор выделяет: духовно-нравственный компонент (гуманистические ценностные ориентации человека, которые имеют для него жизненный смысл); физический (соматический); репродуктивный; эмоциональный; умственный; личностный. Под личностным здоровьем автор понимает мотивационно-волевой аспект психики, который проявляется в мотивации сохранения здоровья, что связано со смыслом жизни человека, его духовно-нравственными ценностями. Наконец, важным компонентом здоровья, по мнению автора, является социальное здоровье человека, которое проявляется как способность личности к творческой самореализации в обществе, к сложнейшим преобразованиям самой себя в целях самосохранения и продления своей работоспособности [120, с.35].

1.3 Внутренняя картина здоровья как медико-социальная проблема

В современной теоретической медицине прослеживается тенденция перехода с патоцентрической ориентации на саноцентрическую. Подобная смена медицинской парадигмы реализуется в процессе выявления новых подходов к решению известных проблем, поиска новых взаимосвязей и формулирования новых концепций.

1.3.1 Понятие о валеопсихологии

Такова разрабатываемая в НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН концепция новой отрасли научных знаний – валеопсихологии. Методологический анализ этой новой научной дисциплины даст основание считать, что валеопсихология может стать теоретической базой для клинической психиатрии, а концепция психического здоровья человека и общества служить исходной точкой ее развития (В. Я. Семке, 1995).

В качестве одного из аспектов валеопсихологии предлагается «внутренняя картина здоровья» (ВКЗ). Это понятие начинает вводиться в научный язык медицинской психологии и клиники пограничных состояний (Ю. М. Губачев, 1990; В. Е. Каган, 1986, 1993; А. Б. Орлов, 1991). Будучи этимологически связанным с «внутренней картиной болезни», ВКЗ определяется то как антоним ВКБ (А. Б. Орлов), то в более широком плане как «культура здоровья», «семиотическое пространство в групповом и массовом сознании» (В. Е. Каган).

1.3.2 Понятие о внутренней картине здоровья

Бытовое представление человека о возрасте, о возможностях возраста – чувствования, действия, самоотношения – является тем конкретным материалом, который определяет содержание внутренней картины здоровья (Г. С. Абрамова, Ю. А. Юдич, 1998).

Как человек относится к своему здоровью, т.е. без понимания его внутренней картины здоровья, невозможно понять внутреннюю картину болезни, которая, как полагают, является лишь частным случаем первой (В. Е. Каган, 1986). Переживание чувства здоровья связано не только с отсутствием болезни и инвалидности, но и с наличием полноценного физического, психического и нравственного состояния, которое позволяет оптимально, без всяких ограничений осуществлять общественную и прежде всего трудовую деятельность (Б. В. Петровский, 1973). Внутренняя картина здоровья – составная часть самосознания, представление о своем физическом состоянии, сопровождающееся своеобразным эмоциональным, чувственным фоном.

1.3.3. Этапы формирования внутренней картины здоровья

Формирование психофизиологического базиса самочувствия начинает формироваться в период внутриутробного развития и в раннем детстве. В основе этого процесса лежат проприоцептивные, кинестетические, вестибулярные, тактильные с последующим присоединением аудиальных и визуальных воздействий. Позднее огромное влияние начинают оказывать социальные факторы, прежде всего семейные. В семье человек усваивает и формирует свою концепцию здоровья и болезни, ценностное значение различных функций и систем организма, в том числе так называемую «висцеральную этику» (Н. Камерон, 1965). Причем, начиная с первых лет жизни, человека и в семье преимущественно обучают болезни, фиксируя внимание на тех или иных патологических отклонениях при заболевании, а не на проявлениях здоровья.

ВКБ и ВКЗ являются существенными частями самосознания, основанными на самоприятии и самопознании. Болезнь не воспринимается сама по себе, а в контексте соотношения со здоровьем. Человек начинает считать себя больным тогда, когда переживания своего состояния вписываются в его ВКЗ. Следовательно, ВКБ можно считать эквивалентом ВКЗ в условиях болезни (К. В. Каган, 1993).

1.3.4. Функциональная структура внутренней картины здоровья

В функциональной структуре ВКЗ выделяют следующие аспекты.

1.3.4.1. Рационально-когнитивный компонент

Рационально-когнитивный компонент (фиксирующий как личностный опыт заболевания и выздоровления, так и определенные теоретические представления). Наличие этого аспекта проявляется в сформированной субъективной модели здоровья. При чрезмерной выраженности этой функциональной подструктуры возможна тенденция к «ипохондрии здоровья», в противоположном случае – саморазрушающееся поведение.

1.3.4.2. Эмоционально-чувственный компонент

Эмоционально-чувственный компонент характеризуется эмоциональным реагированием на проявление здоровья, его можно назвать эстетикой здоровья. Сенсорный компонент внутренней картины здоровья представлен различными сенсорными сигналами организма. Складываясь преимущественно на оси «схемы тела», сенсорный компонент дополняется аудиальными и визуальными сигналами. Человек не только чувствует, но «видит» и «слышит» свое здоровье.

1.3.4.3. Мотивационный компонент

Мотивационный аспект отражает потребность (далеко не во всем осознаваемую) быть здоровым, степень ответственности за свое здоровье, готовность к определенным самоограничениям для сохранения и развития здоровья. Это этическая сторона здоровья. Из предшествующего изложения следует, что внутренняя картина здоровья – статическое фиксированное состояние, динамическая модель, отражающая процесс диалога человека в самосознании со своим «Я» и своим организмом.

1.3.5. Моделирование внутренней картины здоровья

Выявление внутренней картины здоровья в процессе психотерапии оказалось близким к формированию «желаемого результата» по технологии нейролингвистического программирования. Исследование внутренней картины здоровья начиналось с определения ранга здоровья среди других личностных ценностей пациента в различные возрастные периоды. Оказалось, что в школьные годы обычно здоровье стояло на одном из последних мест либо совершенно не учитывалось как личностная ценность. В последующие годы ценностный ранг здоровья возрастал и на момент лечения занимал у больных с пограничными расстройствами ведущее место. Другой аспект внутренней картины здоровья заключался в определении самим пациентом субъективной стоимости своего здоровья в денежном выражении (определенный процент от бюджета) и по среднесуточным тратам времени (в часах и минутах), которые выделяются пациентом специально на сохранение и развитие своего здоровья. При структуриро-

вании внутренней картины здоровья выявлялись все функциональные подструктуры, причем важно было сохранить индивидуальный язык и стиль описания здоровья данного больного с включением их в контекст психотерапевтического воздействия. Успешно проведенное моделирование внутренней картины здоровья можно определить как «программирование здоровья», которое применялось в различных формах индивидуальной и групповой психотерапии.

1.4. Определение болезни

Со времен Гиппократы врачи пытались определить, что же такое болезнь (Rothschuh, 1975). Точки зрения на этот вопрос отличались большим разнообразием.

Римский врач Гален (200) определил болезнь как некое отклонение *praeter*, или *contra naturam*. Похожее определение дает Хуфеланд (Hufeland, 1795): болезнь существует настолько, «насколько она воспринимается именно как отклонение или нарушает функции человека». Для Дитриха Георга Кизера (Kieser, 1817) болезнь есть «отклонение жизни от нормальной, то есть необходимой для жизни жизненной формы, в результате чего... негатив (жизни) начинает подавляюще преобладать». В определении Виктора Вейцеккера центральное место занимает субъективный взгляд больного: «Сущность болезни есть некая необходимость и выражается как просьба о помощи». Субъективную, или «клиническую», потребность в помощи использует для разграничения и Ротшу (Rothschuh, 1976), а Верховный федеральный суд смотрит на это с точки зрения излечимости (цит. по: Becker, 1982): «Болезнь есть всякое нарушение нормального состояния или нормальной деятельности тела, которое может быть вылечено, то есть устранено или смягчено».

1.4.1. Структура болезни в клинической психологии

Предметная область клинической психологии – так же, как и психиатрии – очень многогранна, и ее нелегко определить. В обиходном лексиконе есть множество понятий, которые принято употреблять для характеристики непостижимого и странного поведения некоторых людей: смешной, нервный, странный, зажатый, взбалмошный, свихнувшийся, сдвинутый, нервнобольной, дурак, идиот, слабоумный, душевнобольной, помешанный, сумасшедший и многие другие.

1.4.1.1. Психологический аспект

В обиходном употреблении эти понятия не являются синонимами. Согласно исследованиям Штумме (Stumme, 1975), они обнаруживают в приведенной последовательности усугубление психического отклонения. Непрофессионалам было предложено оценить незначительные психические расстройства (например, неврозы) на основании их описаний в некоторых историях болезней, и эти отклонения были расценены ими как еще вполне допустимые варианты нормального поведения.

1.4.1.2. Телесно-биологический аспект

Нечто подобное можно сказать и о физических «симптомах». Понятие «болезнь» используется для характеристики только таких состояний, которые уже не выглядят нормальными, а потому нуждаются в особом объяснении. Это могут быть уже заметные или тревожные изменения в самочувствии (в первую очередь боли), в поведении и работоспособности какого-то человека, которые не характерны для него обычно. В норме они могли бы возникнуть, скажем, вследствие перенапряжения или удара судьбы – например, глубокая печаль после утраты близкого человека. Это соответствует субъективному впечатлению человека, который и сам называет себя больным. Более точное обозначение этого субъективного состояния – *плохое самочувствие*, болезнью же можно назвать то, что индивид «имеет на самом деле», а именно – конкретное изменение в нем самом.

1.4.1.3. Социальный аспект

Кроме психологического («плохое самочувствие») и телесно-биологического аспектов («болезнь») существует еще социальный аспект: изменившееся поведение больного («больное поведение») становится очевидным для окружающих и тем самым оно превращается в социальное явление. Насколько эти изменения кажутся со стороны действительно следствием «не могу», а не «не хочу» – настолько данный индивид рассматривается как больной, соответственно, так с ним и обращаются: ему оказывают сочувствие и предоставляют помощь, он почти полностью освобождается от своих обычных задач, а также от обязательного соблюдения правил социального поведения. Но зато он имеет и новые обязанности: он должен беречь себя, стараться выздороветь, а с этой целью посещать врача и выполнять все его указания. Социолог Парсонс (Parsons, 1967) назвал эту систему измененных ожиданий *«ролью больного»*, которая приписывается заболевшему человеку.

В медицине вполне можно обойтись без общего дескриптивного понятия болезни, необходимы лишь определения конкретных болезней, то есть четко отграниченные отдельные нозологические единицы (Hafner, 1981). Разграничение болезни и здоровья в целом требуется только для выполнения общественных задач по обеспечению больных. С этой целью было принято прагматичное решение: больные – это все люди, которых врачи (в экстремальных случаях – врачи-эксперты страхового общества либо больницы кассы) определили как больных, поставив им тот или иной диагноз.

1.4.2. Общая концепция болезни

1. Жалобы, отклонения физических функций и отклоняющееся от нормы поведение («плохое самочувствие») можно объяснить каким-то первичным расстройством или специфическим дефектом (возможно, пока неизвестным).

2. Этот дефект имеется в индивиде и образует собственно болезнь.

3. Этот дефект можно объяснить однозначной причиной либо набором причин, всегда повторяющимся.

4. Согласно классической биомедицинской модели болезни, этот дефект (необязательно являющийся причиной) имеет соматическую природу.

Таким образом, модель болезни предполагает следующую цепочку причин и следствий: причина – дефект – картина проявления – следствия, другими словами: *причина болезни – болезнь – плохое самочувствие – роль больного*.

1.4.3. Общее понятие болезни как модели

Понятие «болезнь» – не только описательное понятие. Гораздо больше оно представляет собой теоретический конструктор, общую абстрактную модель, служащую для того, чтобы определить необычные и необъяснимые изменения у человека и тем самым якобы понять эти изменения, а кроме того, это понятие указывает, как вести себя по отношению к таким людям.

Подобные основополагающие абстрактные модели играют важную роль в науке.

Кун (Kuhn, 1972) назвал их парадигмами. Парадигма представляет собой основную модель, по которой выверяется и организуется исследование отдельных проблем. В медицине такой основной моделью является общая концепция болезни.

В *исследованиях* общая модель болезни – это прообраз для создания гипотез, поисковая модель для объяснения отклонений, нуждающихся в таком объяснении (Hafner, 1981): жалобы гипотетически обобщаются в некую нозологическую единицу, после чего ищут дефект, лежащий в основе данной единицы, и причину этого дефекта.

1.4.3.1. Об истории модели болезни

К парадигме болезни обратились в эпоху Просвещения, чтобы объяснить странное, непонятное поведение. Сарбин (Sarbin, 1979) на примере св. Терезы (1515—1582) ясно показал, что понятие болезни было применено впервые лишь как метафора. Монахини одного монастыря нередко вели себя таким образом, что сегодня это посчитали бы массовой истерией. Чтобы монахини не попали в руки инквизиции, Тереза высказалась за то, чтобы рассматривать этих монахинь «как больных» (*comas enfemas*) — можно же объяснить наблюдаемые отклонения не колдовством, а естественными причинами.

С этого времени модель болезни стала конкурентом «модели одержимости». Непредсказуемое, странное поведение теперь уже не считалось «наказанием Божиим» (как в раннее Средневековье) или признаком добровольного соглашения с дьяволом (как в позднее Средневековье) (Zilboorg & Henry, 1941), но объяснялось, подобно болезни, каким-то центральным нарушением в индивидууме.

1.4.3.2. Модель болезни в психиатрии и психоанализе

Благодаря биомедицинской модели болезни ряд необъяснимых прежде состояний духа и души действительно удалось свести к центральному органическому нарушению. Яркий пример этому – прогрессивный паралич, который впервые был отграничен как отдельная нозологическая единица А. Л. Бейлем в 1825 г. и окончательно объяснен Ногучи и Муром в 1913 г. как отдаленное последствие сифилитической инфекции.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «Литрес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на Литрес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.