**Лекция 8**

**Норма и патология, психическое здоровье**

**и психическая болезнь.**

**План.**

1. **Норма и патология, здоровье и болезнь.**
2. **Виды норм.**
3. **Психические рассторойства и их критерии.**
4. **Критерии психического здоровья.**

#### Норма и патология, здоровье и болезнь.

Категории нормы и патологии, здоровья и болезни выступают основными векторами, задающими систему восприятия и критерии оценки состояния человека в клинической психологии. Категория нормы используется в качестве базового критерия сравнения текущего (актуального) и постоянного (обычного) состояния людей. С понятием нормы в нашем сознании тесно связано состояние здоровья. Отклонение же от нормы рассматривается как патология и болезнь. Слово «болезнь» в обыденном языке используется для характеристики таких состояний, которые не кажутся нам «нормальными», «такими, как это обычно бывает», и поэтому требуют особого объяснения. Однако содержательное, ане интуитивное определение клинической нормы как теоретического конструкта — это большая методологическая проблема.

**Норма** — это термин, вкоторый может вкладываться два основных содержания. Первое — *статистическое содержание нормы*:это уровень или диапазон уровней функционирования организма или личности, который *свойственен большинству* людей и является типичным, наиболее часто встречающимся. В этом аспекте норма представляется некоторым объективно существующим явлением. **Статистическая норма** определяется посредством вычисления среднеарифметических значений некоторых эмпирических (встречающихся в жизненном опыте) данных. Например, большинство людей не боятся оказаться в замкнутом пространстве и вступают в гетеросексуальные контакты, следовательно, отсутствие такого страха и отсутствие гомосексуальных контактов — это статистически нормально.

Второе — *оценочное содержание нормы*:нормой считается некоторый *идеальный образец* состояния человека. У такого образца всегда есть философское и мировоззренческое обоснование как состояния «совершенства», к которому должны в той или иной мере стремиться все люди. В этом аспекте норма выступает в качестве **идеальной нормы** — субъективного, произвольно устанавливаемого ***норматива***,который принимается за совершенный образец по соглашению каких-либо лиц, обладающих правом установления таких образцов и имеющих власть над другими людьми: например, специалистов, лидеров группы или общества и т. п. В качестве норматива идеальная норма выступает средством упрощения и унификации многообразия форм жизнедеятельности организма и проявлений личности, в результате чего одни из них признаются удовлетворительными, тогда как другие оказываются за гранью допустимого, приемлемого уровня функционирования. Таким образом, в понятие нормы может быть включен оценочный, предписывающий компонент: человек должен быть таким, а не иным. Все, что не соответствует идеалу, объявляется ненормальным.

Проблема нормы-норматива связана с проблемой выбора *нормативной группы* — людей, чья жизнедеятельность выступает в качестве стандарта, по которому измеряется эффективность уровня функционирования организма и личности. В зависимости от того, кого наделенные властью специалисты (например, врачи-психиатры или психологи) включают в нормативную группу, устанавливаются различные границы нормы.

В число норм-нормативов включаются не только идеальные нормы, но также *функциональные нормы, социальные нормы и индивидуальные нормы*.

**Функциональные нормы** оценивают состояния человека с точки зрения их последствий (вредно или не вредно) либо возможности достижения определенной цели (способствует или не способствует это состояние реализации связанных с целью задач).

**Социальные нормы** контролируют поведение человека, заставляя его соответствовать некоторому желаемому (предписываемому со стороны окружения) или установленному властью образцу.

**Индивидуальная норма** предполагает сравнение состояния человека не с другими людьми, а с состоянием, в котором человек обычно пребывал раньше и которое соответствует его личным (а не предписываемым обществом) целевым установкам, жизненным ценностям, возможностям и обстоятельствам жизни. Другими словами, индивидуальная норма есть идеальное с точки зрения индивида, а не доминирующей социальной группы или ближайшего окружения состояние, учитывающее работоспособность и возможности самореализации конкретного человека.

Для оценки нормальности (соответствия норме) психологического состояния личности, в зависимости от цели, психологом или психиатром могут применяться любые из перечисленных норм. Поэтому процесс оценки психологического состояния (статуса) индивида очень часто приобретает скрытый политический и подверженный идеологическому влиянию характер, поскольку в конечном итоге критерием оценки оказывается система ценностей, доминирующая в обществе или в сознании отдельно взятой группы людей.

Любое отклонение от установленной нормы может характеризоваться как **патология**. В медицинском лексиконе под патологией обычно подразумевается нарушение на биологическом уровне функционирования организма. Однако в клинической психологии в содержание понятия «патология» также включаются и такие отклонения от нормы, в которых нет никаких биологических компонентов (отсюда вполне возможно и правомерно употребление терминов «патологическая личность» или «патологическое развитие личности»). Употребление слова «патология» акцентирует внимание на том, что нормальное состояние, функционирование или развитие личности изменяется вследствие морфо-функциональных нарушений (т. е. на уровне мозговых, психофизиологических, эндокринных и иных биологических механизмов регуляции поведения).

В отношении биологической нормы можно установить более или менее четкие объективные границы допустимого разброса уровней функционирования человека, при котором организму не угрожает гибель от структурных и функциональных изменений. В отношении же определения психической нормы никаких четких объективных границ установить нельзя, поскольку здесь доминирует произвольный оценочный, нормативный подход. Установление пределов, характеризующих норму, оказывается тесно связано с теоретическими представлениями о природе личности, в которых моделируется некоторое идеальное представление о человеке как социальном существе. Например, в классическом психоанализе гомосексуальность трактуется как патология, тогда как в современных психологических теориях, ориентированных на понятие индивидуальной нормы, — как норма /21/.

Оригинальное значение древнегреческого слова *patos*,от которого и происходит термин «патология», — это страдание. Следовательно, под патологией можно понимать только такие отклонения от нормы, при которых человек чувствует эмоциональный дискомфорт. Например, для специфических проявлений сексуальных предпочтений, требующих клинико-психологического вмешательства, сейчас используются термины «эгодистонический» и «эгосинтонический». Эгодистонический тип проявления характеризуется выраженным беспокойством по поводу своих предпочтений, наличие которых вызывает у человека страдание и желание их изменить. Эгосинтонический тип проявления характеризуется восприятием своих предпочтений как естественных, согласующихся с представлениями о собственной личности. Соответственно, «патологическим» признается только такое сексуальное предпочтение, которое доставляет человеку эмоциональный дискомфорт и поэтому отвергается им. Однако в области психических, личностных и поведенческих отклонений от нормы у человека зачастую не возникает никакого субъективного дискомфорта и чувства страдания.

Употребление слова «патология» также предполагает наличие одной ведущей причины отклонения от нормы. Однако у одного и того же психического состояния может быть не одна, а несколько порой противоположных причин не только биологического, но и социального происхождения. Например, депрессии могут быть обусловлены нейрохимическими нарушениями (пониженная активность биогенных аминов — серотонина, норадреналина, дофамина), нейрогормональными изменениями, вызванными гиперактивностью системы «гипоталамус — гипофиз — надпочечники» (повышенное выделение кортизола). Но депрессии с такой же вероятностью могут также вызываться жизненной ситуацией (не только текущими условиями жизни, но и культурными, эпохальными, политическими и т. д.), а также мотивационно обусловленными особенностями когнитивной переработки информации (интерпретации событий). И если вспомнить одну из базовых теоретико-методологических проблем клинической психологии, касающуюся связи мозга и психики, то трудно однозначно утверждать, изменения какого уровня выступают первопричиной наблюдаемых отклонений от нормы.

Наконец, в термине «патология» очень сильно выражен оценочный компонент, позволяющий навешивать на любого человека, не соответствующего доминирующим идеальным или статистическим нормам, ярлык «больного».

По причине трех перечисленных особенностей употребления слова «патология» (обязательное наличие у отклоняющегося от нормы человека страдания, плохого самочувствия; предположение одействии одной ведущей причины нарушения; выраженный оценочный компонент) многие ученые выступают за его исключение из лексикона психиатров и клинических психологов, предлагая взамен использование термина *«расстройство»*, ограничив применение слова «патология» только биологическим уровнем нарушений.

**Расстройство** означает отсутствие или нарушение существовавшего ранее обычного для человека состояния. Употребление термина «расстройство» не предполагает обязательного наличия для того или иного отклонения от нормы однозначных причинно-следственных связей его возникновения. Расстройства могут вызываться взаимодействием ряда факторов биологического, психологического и социального уровня, причем в каждом конкретном случае тот или иной фактор может оказаться ведущим в начале, развитии или исходе нарушения. Поэтому использование в клинической психологии слова «расстройство» кажется сегодня более предпочтительным.

**Определение *психического расстройства* опирается на три базовых критерия:**

1) отдельные типы реакций, превышающие статистически выявленную частоту их возникновения у большинства людей в определенной ситуации в некоторый промежуток времени (например, если пять из девяти признаков депрессии наблюдаются у человека на протяжении двух недель и более, то только такое состояние признается расстройством);

2) состояния, мешающие человеку адекватно реализовывать поставленные им перед собой цели и поэтому наносящие ему ущерб (так называемые «дисфункциональные состояния»);

3) типы поведения, от которых страдает и получает физический ущерб сам индивид или приносящие страдание и физический ущерб окружающим его людям.

На **социальном** уровне функционирования человека норма и патология (расстройство) выступают в качестве состояний **здоровья и болезни**.

В науке существует два подхода к определению состояния здоровья: *негативный* и *позитивный*.

**Негативное определение здоровья** рассматривает последнее как простое отсутствие патологии и соответствие норме. Здесь норма рассматривается как синоним здоровья, а патология — болезни. Однако понятия нормы ипатологии более широкие, чем понятия здоровья иболезни. Норма и патология всегда континуальны: они охватывают целое множество взаимопереходящих состояний. Здоровье и болезнь выступают как дискретные, четко очерченные в своих границах состояния. Они связаны не с объективно регистрируемым отклонением от нормы, а с субъективным состоянием хорошего или плохого самочувствия, оказывающего влияние на выполнение нами повседневных функций вдеятельности, общении и поведении.

Характеристика общего самочувствия оказывается центральным звеном разграничения здоровья и болезни. Здоровый человек — это тот, кто благополучно себя чувствует и поэтому может выполнять повседневные социальные функции. Больной человек — это тот, кто имеет плохое самочувствие и поэтому не может выполнять повседневные социальные функции. При этом действительное наличие или отсутствие различных отклонений от нормы на биологическом уровне существования зачастую не является определяющим для отнесения себя к здоровым или больным. Например, люди, употребившие алкоголь на вечеринке, имеют отклонения от «нормальных» параметров психического функционирования (находятся в так называемом «измененном состоянии сознания»), однако, они не являются больными до тех пор, пока у них не нарушается выполнение социальных функций. Получается, что понятие здоровья шире, чем понятие нормы, а понятие болезни по содержанию отличается от понятия патологии. Это обстоятельство привело исследователей к поиску позитивных концепций здоровья.

**Позитивное определение** здоровья не сводит последнее к простому отсутствию болезни, а пытается раскрыть его автономное от болезни содержание.

**Общее определение здоровья**,которое было предложено Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), включает такое состояние человека, при котором:

1) сохранены структурные и функциональные характеристики организма;

2) имеется высокая приспособляемость к изменениям в привычной природной и социальной среде;

3) сохраняется эмоциональное и социальное благополучие.

Критерии **психического здоровья** по определению ВОЗ:

1) осознание и чувство непрерывности, постоянства своего «Я»;

2) чувство постоянства переживаний в однотипных ситуациях;

3) критичность к себе и к результатам своей деятельности;

4) соответствие психических реакций силе и частоте средовых воздействий;

5) способность управления своим поведением в соответствии собщепринятыми нормами;

6) способность планировать свою жизнь и реализовывать свои планы;

7) способность изменять поведение в зависимости от жизненных ситуаций и обстоятельств.

Таким образом, здоровье вообще и психическое здоровье в частности представляют собой динамическое сочетание различных показателей, тогда как болезнь, напротив, можно определить как сужение, исчезновение или нарушение критериев здоровья, т. е. как особый случай здоровья.

В определении болезни существуют две точки зрения: 1) болезнь есть любое состояние, диагностированное профессионалом; 2) болезнь есть субъективное ощущение себя больным. В первом случае болезнь рассматривается как оцениваемое по объективным признакам расстройство функционирования. Но по поводу многих болезней люди не обращаются к профессионалам, да и объективных стандартов функционирования человека не существует (во многих случаях профессионалы не могут прийти к единому пониманию болезненного состояния). Второй подход тоже имеет свои ограничения: сообщаемое пациентом состояние скорее отражает проблемы пациента, а не само расстройство. К тому же при ряде тяжелых соматических состояний изменений самочувствия может и не быть (например, туберкулез).

Понятие болезни не столько представляет собой отражение объективного состояния человека, сколько выступает общим *теоретическим и социальным конструктом*,с помощью которого обычные люди и специалисты пытаются определить и понять возникающие нарушения здоровья. Содержание этого конструкта определяет видение причин и проявлений болезни, а также направление исследований и лечения различных расстройств. Другими словами, сначала люди определяют, что считать болезнью, а затем начинают исследовать и лечить ее.

**Конструкт болезни**, существующий в европейской культуре, можно выразить следующим образом:



Таким образом, конструкт болезни предполагает такую последовательность: причина — дефект — картина — следствия. Он является прообразом для выдвижения гипотез, объяснения нарушений и воздействия на причины. Увидев следствия и общую картину отклонений в психической деятельности или поведении, мы, следуя конструкту болезни, начинаем предполагать, что за этими внешними признаками кроется какой-либо дефект в самом человеке, который, в свою очередь, вызван определенными для этого дефекта причинами.

В современной медицине существует две модели болезни: *биомедицинская* и *биопсихосоциальная*.

**Биомедицинская модель болезни** существует с XVII в. Она центрирована на изучении природных факторов как внешних причин заболевания. Биомедицинскую модель болезни характеризуют четыре основные идеи:

1) теория возбудителя;

2) концепция трех взаимодействующих сущностей — «хозяина», «агента» и окружения;

3) клеточная концепция;

4) механистическая концепция, согласно которой человек — это прежде всего тело, а его болезнь — поломка какой-то части организма.

В рамках этой модели нет места социальным, психологическим и поведенческим причинам развития болезни. Дефект (в том числе и психический), какими бы факторами он ни вызывался, всегда имеет соматическую природу. Поэтому и ответственность за лечение здесь целиком и полностью возлагается только лишь на врача, а не на больного.

В начале XX в. биомедицинская модель была подвергнута пересмотру под влиянием концепции *общего адаптационного синдрома* Г. Селье /40/. Согласно адаптационной концепции болезнь есть неправильно направленная либо чрезмерно интенсивная адаптационная реакция организма. Однако многие нарушения могут быть рассмотрены как разновидность адаптивных реакций организма. В рамках концепции Г. Селье даже возник термин *маладаптация* (от лат. *malum* + *adaptum* — зло + приспособление — хроническая болезнь) — длительное болезненное, ущербное приспособление. К тому же применительно к психическим нарушениям в адаптационной модели состояние болезни (как дезадаптации или как разновидности адаптации) не соотносится с особенностями личности и ситуации, в которой происходит нарушение психической сферы.

Отечественная клиническая психология, будучи тесно связанной с психиатрией, долгое время ориентировалась на биомедицинскую модель психических болезней, поэтому особенности воздействия социальной среды на процесс психических нарушений в ней практически не исследовался /18/.

**Биопсихосоциальная модель болезни** возникла в конце 70-х гг. XX в. /58/. Она основывается на системной теории, согласно которой любая болезнь есть иерархический континуум от элементарных частиц до биосферы, в котором каждый нижележащий уровень выступает компонентом вышележащего уровня, включает его характеристики и испытывает на себе его влияние. В центре этого континуума находится личность с ее переживаниями и поведением. Ответственность за выздоровление в биопсихосоциальной модели болезни полностью или частично возлагается на самих больных людей.

В основе этой модели лежит диада «диатез — стресс», где диатез — это биологическая предрасположенность к определенному болезненному состоянию, а стресс — психосоциальные факторы, актуализирующие эту предрасположенность. Взаимодействие диатеза и стресса объясняет любое заболевание.

В оценке состояния здоровья в рамках биопсихосоциальной модели ведущую роль играют психологические факторы. Субъективно здоровье проявляется в чувстве *оптимизма*, *соматического* и *психологического благополучия*, *радости жизни*.Это субъективное состояние обусловлено следующими **психологическими механизмами, обеспечивающими здоровье**:

1) принятие ответственности за свою жизнь;

2) самопознание как анализ своих индивидуальных телесных и психологических особенностей;

3) самопонимание и принятие себя как синтез — процесс внутренней интеграции;

4) умение жить в настоящем;

5) осмысленность индивидуального бытия, как следствие — осознанно выстроенная иерархия ценностей;

6) способность к пониманию и принятию других;

7) доверие к процессу жизни — наряду с рациональными установками, ориентацией на успех и сознательным планированием своей жизни необходимо то душевное качество, которое Э. Эриксон называл базовым доверием, иными словами, это умение следовать естественному течению процесса жизни, где бы и в чем бы он ни проявлялся.

В рамках биопсихосоциальной парадигмы болезнь рассматривается как такое расстройство, которое угрожает дисфункцией — неспособностью психобиологических механизмов выполнять свои функции в определенном социокультурном пространстве. При этом не каждое расстройство функционирования однозначно является болезнью, но только такое, которое становится причиной значимой для личности угрозы существованию в конкретных условиях среды. Следовательно, болезнью является далеко не всякое расстройство, а только такое, которое *нуждается в изменении* («имеется потребность в лечении»). **Потребность в лечении** считается существующей тогда, когда имеющиеся признаки отклонений (расстройства) наносят ущерб профессиональной работоспособности, повседневной деятельности, привычным социальным отношениям либо причиняют ярко выраженное страдание.

Так как состояние болезни предполагает особый социальный статус человека, не способного выполнять социальные функции в ожидаемом объеме, болезнь всегда оказывается связанной с *ролью больного* и *ограничениями ролевого (социального) поведения*.С этим феноменом оказывается связанным интересный социально-психологический факт, когда простое навешивание «ярлыка» «больного» может приводить к возникновению или прогрессированию уже имеющегося у человека нарушения здоровья. В результате такого «лейбелинга» (англ. *labeling* — навешивание ярлыка) порой малозначительное отклонение от какой-либо нормы (благодаря социальному и информационному давлению со стороны окружения и специалистов, поставивших «диагноз») превращается в тяжелое расстройство, потому что человек принимает на себя навязанную ему роль «ненормального». Он чувствует и ведет себя как больной, а окружающие с ним соответственно обращаются, признавая его только в этой роли и отказывая признавать за ним исполнение роли здорового. Из факта лейбелинга можно сделать далеко идущий вывод о том, что в ряде случаев психические расстройства у отдельных лиц не проистекают из внутренней предрасположенности, а являются следствием или выражением нарушенных социальных связей и отношений (результатом жизни в «больном обществе»).

Следовательно, помимо *доминирующего* в клинической психологии конструкта болезни («комплекс биопсихосоциальных причин — внутренний дефект — картина — следствия») имеются и другие — *альтернативные* — конструкты болезни. Во-первых, психические и поведенческие отклонения можно интерпретировать как *выражение нарушенных процессов в системе социального взаимодействия*.Во-вторых, психические и поведенческие отклонения можно рассматривать не как проявление внутреннего дефекта, а как *крайнюю степень выраженности* отдельных психических функций или паттернов поведения у конкретных индивидов. В-третьих, психические и поведенческие отклонения могут быть рассмотрены как следствие *задержки естественного процесса личностного роста* (вследствие фрустрации основных потребностей, ограничений в социальном функционировании, индивидуальных различий в способностях разрешать возникающие личностные и социальные проблемы).

Все перечисленные альтернативные конструкты болезни акцентируют внимание на том, что граница между состояниями здоровья и болезни, нормы и патологии, а также наше видение причин отклонений от норм устанавливаются произвольно в соответствии с доминирующей в обществе и науке моделью болезни. Стоит изменить модель болезни, как многое из того, что сегодня считается психическим заболеванием или патологией, может оказаться крайним вариантом нормы. Альтернативные модели болезни ставят под сомнение само наличие дефекта, вызывающего плохое самочувствие. Фактически они делают конструкт болезни лишенным привычного смысла, поскольку социальное окружение может назвать «ненормальным» и «нуждающимся в изменении» любое индивидуальное отклонение в психике и поведении личности, даже если отсутствует какой-либо явный дефект в биологических механизмах, реализующих эту психическую деятельность или поведение. Следует признать, что для многих психических болезней и поведенческих нарушений установлена только корреляционная, а не причинно-следственная связь между наблюдаемыми признаками расстройства и изменениями в морфо-функциональной основе. При этом часто упускается из виду, что сходные изменения морфо-функциональной основы могут быть обнаружены и у практически здоровых лиц. Правда, в этом случае сторонники доминирующего конструкта болезни постулируют так называемый «до-болезненный» характер нарушений или «латентное» течение заболевания. Однако тогда мы рискуем максимально сузить понятие здоровья до несуществующей абстракции. Такой подход в клинической практике получил название «нозоцентричного» (т. е. центрированного на болезни).

Перечисленные проблемы, связанные с употреблением понятия болезни, привели к тому, что сегодня более предпочтительным становится термин ***«психические, личностные и поведенческие расстройства»***, который охватывает различные виды нарушений, включая болезни в узком смысле этого слова.

***Контрольные вопросы к разделу***

1. В чем различия нейробиологического и информационного подхода к психической деятельности?

2. Как определяется норма в клинической психологии? На какие виды норм ориентируется клинический психолог в своей работе?

3. Чем различаются понятия «патология» и «расстройство»?

4. Какие подходы существуют в клинической психологии к определению здоровья? Перечислите психологические механизмы, обеспечивающие здоровье.

5. Каковы основные отличия биомедицинской модели болезни от биопсихосоциальной?

6. По каким принципам можно разграничить индивидуальные особенности психики человека и психопатологические синдромы?

7. Какие этапы можно выделить в развитии психических расстройств?

8. На какие факторы следует обращать внимание при оценке условий возникновения психических расстройств?

***Литература для дополнительного чтения***

1. *Алейникова Т. В.* Возрастная психофизиология. — Ростов-на-Дону: Изд-во ООО «ЦВВР», 2000.

2. *Гроф С.* За пределами мозга. — М.: Изд-во Трансперсонального института, 1993.

3. *Клиническая* психология / Под ред. М. Перре, У. Бауманна. — СПб.: Питер, 2002.

4. *Менделевич В. Д.* Клиническая и медицинская психология. Практическое руководство. — М.: МЕДпресс, 1999.

5. *Н. А. Носов.* Сознание и психика (Глава 3) // Многомерный образ человека: Комплексное междисциплинарное исследование человека. — М.: Наука, 2001.

6. *Финзен А.* Психоз и стигма. — М.: Алетейя, 2001.

***Цитируемая литература***

1. *Алейникова Т. В.* Возрастная психофизиология. — Ростов-на-Дону: Изд-во ООО «ЦВВР», 2000.

2. *Анохин П. К.* Философские аспекты теории функциональной системы. — М.: Наука, 1978.

3. *Блум Ф., Лейзерсон А., Хофстедтер Л.* Мозг, разум, поведение. — М.: Прогресс, 1988.

4. *Выготский Л. С.* История развития высших психических функций // Выготский Л. С. Собр. соч.: В 6 т. Т. 3. — М.: Педагогика, 1983.

5. *Декарт Р.* Страсти души // Декарт Р. Соч.: В 2 т. Т. 1. — М.: Мысль, 1989.

6. *Клиническая* психология / Под ред. М. Перре, У. Бауманна. — СПб.: Питер, 2002.

7. *Леонтьев А. Н.* Очерк развития психики // Леонтьев А. Н. Избранные психологические произведения: В 2 т. Т. 1. — М.: Педагогика, 1983.

8. *Менделевич В. Д.* Клиническая и медицинская психология. Практическое руководство. — М.: МЕДпресс, 1999.

9. *Психические* расстройства и расстройства поведения (F00-F99). Класс V МКБ-10, адаптированный для использования в Российской Федерации / Под общ. ред. Б. А. Казаковцева, В. Б. Голланда. — М.: Минздрав России, 1988; Ростов-на-Дону: ЛРНЦ «Феникс», 1999.

10. *Психогенетика* / И. В. Равич-Щербо, Т. М. Марютина, Е. Л. Григоренко. Под ред. И. В. Равич-Щербо. — М.: Аспект-Пресс, 2002.

11. *Рубинштейн С. Л.* Основы общей психологии: В 2 т. Т. 1. — М.: Педагогика, 1989.

12. *Селье Г.* Стресс без дистресса. — М.: Прогресс, 1979.

13. *Судаков К. В.* Теория функциональных систем. — М.: Изд-во РАН, 1996.

14. *Ясперс К.* Собрание сочинений по психопатологии. В 2 т. — М.: Издательский центр «Академия»; СПб.: Белый кролик, 1996.

15. *Engel G. L.* The need for a new medical model: A challenge for biomedicine // Science. 1977. Vol. 196. № 4286.