

К ВОПРОСУ О КАТЕГОРИЯХ БОЛЕЗНИ, ЗДОРОВЬЯ, НОРМЫ, ПАТОЛОГИИ: КОНЦЕПЦИИ И КРИТЕРИИ РАЗГРАНИЧЕНИЯ

Российский государственный социальный университет

Целью данной статьи является теоретический анализ понятий категории болезни, здоровья, нормы, патологии. Анализируется болезнь как психосоматическое явление, причины и механизмы ее возникновения, ее типы и виды, различные клинические феномены проявления. Рассматриваются основные концепции болезни и здоровья, нормы и патологии и критерии их разграничения.

Ключевые слова: *категории болезни, здоровье, норма, патология, концепция, критерии.*

L.S. Tryshyn

CATEGORIES OF ILLNESS, HEALTH, STANDARDS, PATHOLOGY, A CONCEPT THAT THE DEMARCATION CRITERIA

The aim of this paper is a theoretical analysis of the concepts category of illness, health standards, pathology. We analyze the disease as a psychosomatic phenomenon, the causes and mechanisms of its appearance, its types and species, different clinical manifestations of the phenomena. The basic concepts of disease and health, standards, and pathology, and criteria for their delineation.

Key words: *category of illness, health, rule, pathology, the concept and criteria.*

Проблема определения понятий «болезнь – здоровье», «норма – патология», судя по истории вопроса, относится к вечным проблемам медицины вообще и психиатрии, судебной психиатрии, в частности. Парадокс состоит в том, что длительная история врачевания и значительно более короткая история судебного применения специальных знаний из области психиатрии имеет объектом болезнь и больного, а единого согласованного определения этих категорий, как и нормы – патологии, нет и поныне. Как считает А. Р. Уваренко, многовековое стремление раскрыть содержательную сущность здоровья и дать количественную оценку этой сложной социальной категории пока что не имели успеха [1]. В мировой научной литературе насчитывается около 80 определений понятия «здоровье» как сущностного качества человека. Однако ни одно из них не стало общепринятым прежде всего потому, что не нашло конкретной реализации в практике [2]. А поскольку логика насчитывает лишь чуть более десятка приёмов определения понятия, то следует полагать, что все оставшиеся из 80 оп-

ределений либо неверны, либо повторяются. В. А. Жмуров [3] вопрос «где пробегает граница между нормой и патологией», относит к таким, «ответов, на которые пока нет либо они в принципе невозможны». Сложность решения этого вопроса он видит в обилии вариаций внутренней жизни человека, в силу чего «нормальное для одного человека может быть отклонением для другого». О размытости представлений о границе между нормой и патологией свидетельствует, например, определение Brown, который считал возможным руководствоваться пониманием психической нормы как способности иметь место работы, семью, не конфликтовать с законом и использовать обычные возможности для получения удовлетворения [4]. Концепция нозоцентризма. Существует мнение, что со времени становления научной психиатрии в середине XIX ст. психические расстройства обычно рассматривались в качестве проявлений заболевания и этот подход остаётся неизменным в последние годы [5]. Эта естественным образом сформировавшаяся из практической деятельности аксиома легла в ос-

нову будущей концепции нозоцентризма. В настоящее время под нозоцентризмом в психиатрии понимается рассмотрение нормы (или здоровья) во взаимосвязи с патологией или болезнью [6]. Е. Ф. Бажин, Т. В. Корнева считают нозоцентрический подход практически оправданным, поскольку он концентрирует внимание на вопросах о наличии, отсутствии или степени возможности возникновения заболевания. По их мнению, нозоцентрический подход к оценке здоровья тесно связан с пониманием нормы как функционального оптимума, допускающего индивидуальные колебания. Если проследить динамику психиатрических классификаций, то становится вполне понятным, что на заре психиатрии идея поиска дефиниции психического здоровья не была приоритетной. Поэтому условный первый душевнобольной был выделен из массы окружающих его людей не потому, что тот, кто это сделал, знал, что такое психическое здоровье. Первым естественным основанием выделения душевных болезней были чисто внешние признаки, доступные восприятию наблюдателя. Выделяясь из общей массы поведенческих реакций популяции, они явились эмпирической основой формирования клинических разновидностей душевных болезней. Интересные данные в связи с этим приводит С. С. Корсаков [7]. Так, с именем Гиппократом связывается выделение таких форм душевных заболеваний как меланхолия, мания, френитис. Эскироль, например, эмпирически различал липеманию, или мрачное помешательство (меланхолия), манию (психическое расстройство с возбуждением), монотию (однопредметное помешательство), слабоумие и идиотизм. В книге А. Драницына «О помешательстве при первоначальном его появлении и о лечении его вне заведений», вышедшей в 1867 г., описываются такие формы психических болезней как меланхолия, мания, неистовство, бессмыслие, слабоумие [8]. Клинические различия и выраженность этих расстройств очевидны. Но это не помешало Е. Целлеру ещё в 1838 г. представить меланхолию, манию (возбуждение), сумасшествие (галлюцинаторно-бредовое состояние) и слабоумие как четыре стадии всякой психической болезни [9]. Рассматривая историю психиатрии как постоянный поиск принципа классификации душевных болезней, С. С. Корсаков видит следующий этап в попытке разделять виды маний по содержанию бреда и буждений. Эта идея была доведена до абсурда у бельгийского психиатра Гислена. В его классификации множество психических болезней различалось только на основании случайной разницы в содержании бреда и влечений. В последующем поиск одного принципа сменяется попытками составить классификацию на основании нескольких принципов, отбор которых продолжается по настоящее время. Но их исследование не является задачей настоящей работы. Интересующихся этой проблемой можно отослать к цитированному источнику, содержащему одноимённую главу учебника С. С. Корсакова «Курс психиатрии». В ней отражён целый ряд психиатрических классификаций того времени, включая Номенклатуру психических болезней из 12 позиций, принятую на Международном конгрессе по психиатрии в Париже в 1889 г. Смысл нашего обращения к истории этого вопроса состоит в том, чтобы показать, что эмпирический подход к отграничению душевных болезней в рамках неврологической науки (из которой выделилась в последующем психиатрия) состоял в наблюдении и описании крупных очевидных фрагментов нарушенной психической деятельности, приводившей её носителя в конфликт с окружением. По мере накопления наблюдений описывались все менее заметные для окружающих нарушения психической деятельности. Таким образом, от того что априори

разрабатывалось (или презюмировалось) под психическим здоровьем, отторгалась всё большая часть, перемещаемая в категорию душевного заболевания. В этом состоит суть нозоцентрического подхода, при котором необходимость в дефиниции понятия «психическое здоровье» не возникает. Однако легитимность нозоцентрический подход получил с признанием идеи Э. Крепелина о выделении из массы психических расстройств отдельных психических заболеваний на основании триады признаков: клиники, течения и исхода. Именно эта идея и легла в основу первой научной парадигмы в психиатрии [10]. По мнению Ю. Л. Нуллера, новая парадигма определила главные направления научных исследований: уточнение границ между заболеваниями, т. е. поиск дифференциально-диагностических критериев, и попытки найти этиологию психозов. Хотя исследования в этих направлениях не увенчались успехом до настоящего времени, нозологическая парадигма актуализировала проблему поиска границ не только между нозологическими формами психических болезней, но и между ними и психическим здоровьем. Нозоцентрический подход к пониманию отношения категорий болезнь – здоровье начал постепенно формировать своё отрицание через подход нормоцентрический. На первых этапах этому способствовало расширение группы психических расстройств за счёт включения в них пограничных состояний. Поэтому не случайно вопрос о «границах душевного здоровья» поднимает ученик С. С. Корсакова, основоположник «малой» или «пограничной» психиатрии П. Б. Ганнушкин [11]. Отсутствие адекватной методологии не позволило П. Б. Ганнушкину сформулировать сколько-нибудь чёткие критерии разграничения пограничной патологии и психического здоровья. Напротив, красной нитью через его статью проходит мысль об отсутствии такой границы. Её эпиграфом могло бы быть утверждение, с которого статья начинается: «Со времени Клод Бернара можно считать установленным, что никакой коренной разницы между явлениями здоровья и болезни не существует, что, наоборот, существует необходимая связь между феноменами того и другого порядка, что в области патологии действуют те же законы и силы, что и в норме...» и далее «...приходится признать, что между здоровьем и болезнью нельзя провести никакой определённой грани, что между нормальными и патологическими явлениями возможны и на самом деле существуют в жизни самые разнообразные и самые многочисленные переходные ступени». Дистанцируя понятия здоровье и болезнь, П. Б. Ганнушкин в пограничную зону между ними помещал большую группу состояний: «Границу между здоровьем и болезнью, прежде всего, занимают те, кто постоянно живёт на этой границе, а не переходит из состояния здоровья в состояние болезни или, наоборот, — лишь временно, более долгий или короткий срок, смотря по случаю, оставаясь на этой границе». Страницей далее П. Б. Ганнушкин формулирует известные три признака психопатии: «Первый признак состоит в постоянстве, прирождённости известных психических особенностей у представителей этой группы людей; второй — состоит в том, что эти особенности отражаются на всей душевной жизни субъекта; наконец, третий — в том, что эти особенности таковы, что при их наличности индивидуум должен рассматриваться, как находящийся на границе между душевным здоровьем и болезнью». Поскольку П. Б. Ганнушкин руководствовался тезисом «природа не делает скачков», в его позиции можно усмотреть известное противоречие, имеющее, впрочем, под собой объективное основание. Отрицая границу между болезнью и здоровьем, П. Б. Ганнушкин, тем не менее, одновременно её признаёт. Из этого

можно предположить, что все утверждения об отсутствии границ между здоровьем и болезнью имели под собой отсутствие знания как это сделать. Дальше других в её понимании продвинулся Ю. А. Александровский [12]. Им введено понятие индивидуального для каждого человека «адаптационного барьера», являющегося интегрированным функционально-динамическим выражением своей биосоциальной основы. К. Е. Тарасов и Е. К. Черненко [13] определяют понятие «адаптация» применительно к отдельному организму следующим образом: «адаптация — это система внутреннего самоналаживания и взаимного прилаживания организма и включающих его вышестоящих биологических, экологических и других систем друг к другу при определяющей роли последних». Далее авторы выделяют различные уровни адаптации: субклеточный, клеточный, тканевый, отдельного органа, отдельной системы органов, целостного организма, групповой (стадо, семейство, колония и др.), популяционный, видовой, биоценотический, биосферный. Соответственно «все уровни адаптации образуют в организме сложную сеть приспособительных функций, находящихся в отношениях координации и субординации». Основным признаком такого понимания адаптации является её системная природа. В силу этого каждый из составляющих её элементов находится в определённых иерархических отношениях с другими. Доминировавший на предшествующем этапе линейный (горизонтальный) подход к пониманию категорий «болезнь – здоровье» и «норма – патология» сменяется многоуровневым (вертикальным). Появляется необходимость соотнесения обсуждаемых понятий с уровнями адаптации. Для улучшения адаптационных возможностей человека необходимо применять витаминно и микроэлементную терапию, особенно витаминов А, Е, С, курсами 2-3 раза в год и системную энзимотерапию; вобэнзим 6-8 таб. 3 раза в день перед едой, курсами – осень и весна. И еще поговорим о очень новом и необыкновенном методе улучшения адаптационных возможностей человека, созданным медиками – это метод системной энзимной терапии СЭТ. Его главным достоинством является многопрофильность действия, наряду с простотой пользования и хорошей переносимостью применяемых для этой цели препаратов. Абсолютным противопоказанием является повышенная чувствительность к содержащимся в препаратах веществам. Относительно противопоказание-тяжелые нарушения свертываемости крови. Обычно препараты СЭТ хорошо переносятся и не приводят к развитию каких-либо побочных действий даже при длительном приеме.

Концепция уровней психического здоровья

Таким шагом на пути развития представлений о границах нормы и патологии в отечественной психиатрии следует считать концепцию «уровней психического здоровья». Она позволила выйти за границы дихотомии «здоровье – болезнь», поскольку трактовала эти состояния как своего рода непрерывность, в которой можно выделить и оценить не только разные градации психического здоровья, а и его динамические изменения, происходящие на протяжении жизни человека [14]. Изучение психического здоровья в границах биологически ориентированной психиатрии стимулировало развитие новых методологических подходов с уточнением понятийного аппарата. Ещё в начале 80-х гг. в связи с исследованием состояния психического здоровья общей популяции в отечественной психиатрии начали использоваться такие термины и понятия, как «аналог симптома», «аналог невротического состояния» и др. При этом аналогом симптома было предложено считать состояние, которое не выходит за пределы свойственного нормальному чело-

веку в соответствии с общебытовой психологией [5]. В то время, по мнению Б. Н. Пивня, переживания здорового человека, напоминающие психопатологические состояния, не имели в психиатрической литературе удовлетворительного названия [10]. Отдельные исследователи придерживались мысли, что в психопатологии не существует ни одного симптома, который бы не имел аналогов в психической деятельности здорового индивида. Ф. В. Бассин [9] понимает «предболезнь» как «патологический процесс, ещё не имеющий клинического значения и могущий как перейти, так и не перейти в болезнь, т. е. в состояние (или процесс), который обуславливает возникновение какой-то пусть минимально выраженной клинической картины». Эта формула более предпочтительна, поскольку в ней чётко разделяются понятия патологии и болезни. Патология представляется как нечто происходящее на уровне организма. Болезнь же выступает как внешнее проявление патологии, выражающееся в определённой клинической картине. Хотя, по мнению Ю. Л. Нуллера [3], при всей привлекательности, понятие «предболезни» в психиатрии едва ли может быть научно обосновано. Осознанию диалектичности связей здоровья и болезни способствовало также применение модели переходных состояний. В концепции непрерывности «здоровья – болезни» в качестве отправной точки применялось «абсолютное здоровье» — условная или идеальная категория. В сравнении с ней иные состояния здоровья предлагалось считать относительными или состояниями «практического здоровья» в «ничейной зоне» [11]. Это выделенное между здоровьем и болезнью звено позволяло вмещать не только предболезнь, а и состояния психической, психофизиологической и психосоматической дисгармонии, которые никогда не переходят в болезнь, хотя и являются почвой для развития временных болезненных или неболезненных (стрессовых) реакций. По замыслу авторов, таким образом, могут быть квалифицированы не только «пограничные состояния болезни», но и «пограничные состояния здоровья». Предполагалось, что рассмотрение состояний психического здоровья в виде иерархической структуры или многомерной динамической системы позволит избежать как гипер-, так и гиподиагностики психических расстройств. С другой стороны, такая система представлялась привлекательной для оценки и прогнозирования динамических изменений психического состояния различного генеза (социально-психологических, личностных, биоритмологических) в различных условиях и в различные возрастные периоды. Ограниченность концепции уровней психического здоровья состояла в том, что её сторонники пытались решать проблему, оставаясь в пределах целостного организма и не поднимаясь на групповой и популяционный уровни адаптации. «Психическая норма представляет собой индивидуальную динамическую совокупность психических свойств конкретного человека, позволяющая ему адекватно своему возрасту, полу и социально положению познавать окружающую действительность, **адаптироваться** к ней и **выполнять** свои **биологические и социальные функции** в соответствии с возникающими личными и общественными потребностями. С понятием психической нормы тесно связано понятие психического здоровья, поскольку по внутренней логике психической нормы предполагает и наличие психического здоровья, т. е. отсутствие чётко определимого психического расстройства, наличие определённого **функционального** резерва организма, позволяющего человеку преодолевать психо-социальные стрессы и экстремальные ситуации» [6]. Это определение более полное по сравнению с предыдущим. Авторы вводят ряд дополнительных квалифицирующих

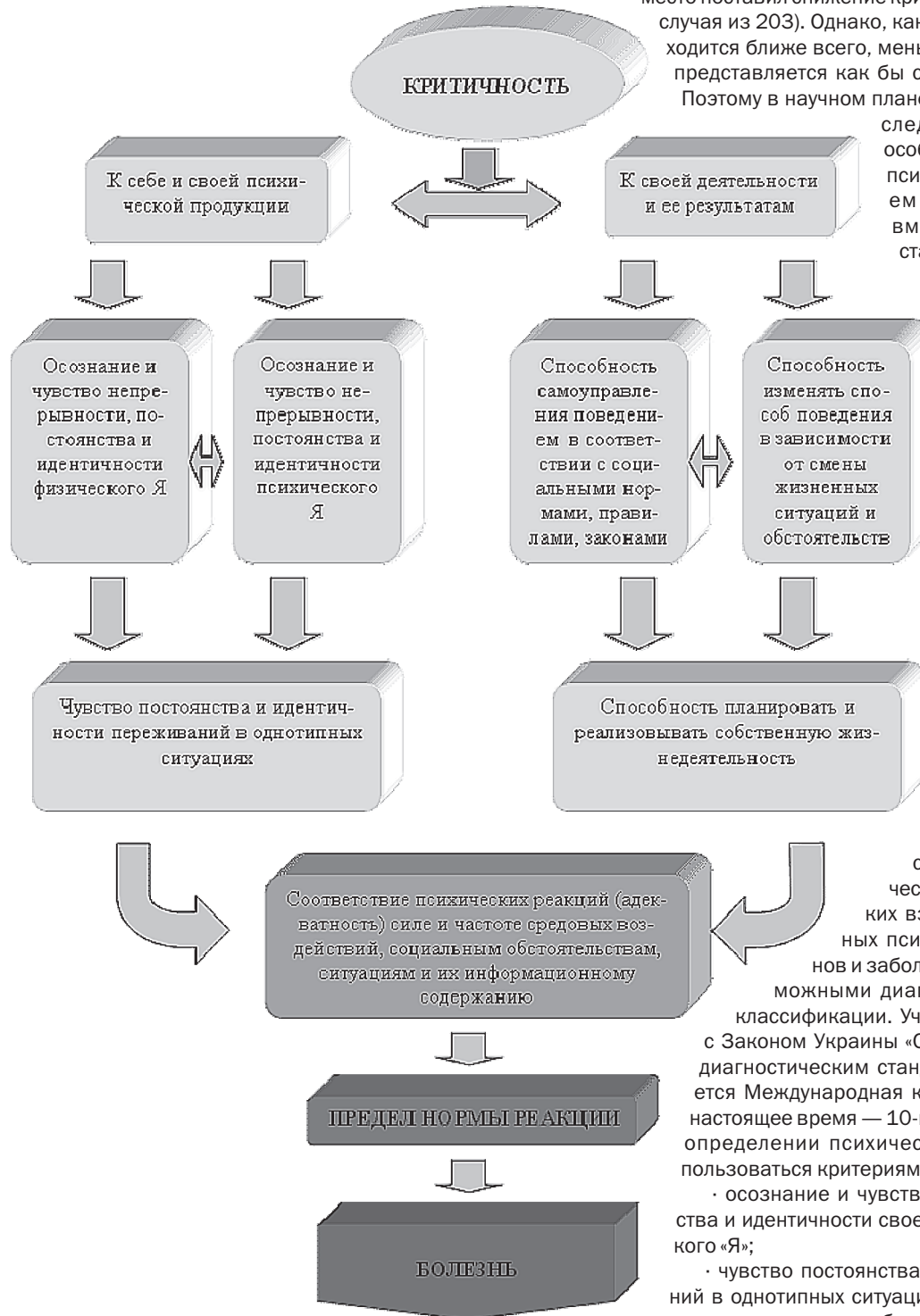
щих признаков — динамическая совокупность свойств, адекватное возрасту, полу... познание действительности, адаптация, функциональный резерв и др. Однако в обоих определениях авторы в тех или иных терминах отражают функционально-динамический характер взаимодействия человека со средой, который обеспечивается сознанием. Исследование значения состояния сознания для решения вопросов вменяемости — невменяемости, в том числе и при шизофрении, показало ведущую роль определения критичности как критерия границы между здоровьем и болезнью в психиатрии [7, 8]. В этом плане интересно отметить, что

понятия «критика», «критичность» можно найти практически в каждом учебнике психиатрии. Отсутствие критики отграничивает непсихотические расстройства от психозов. В этом плане прав Ю. С. Савенко [9]. Разделяя понятия «патология» и «болезнь», различия между ними он видит в континуальности перехода нормы в патологию и наличии достаточно чёткой границы между здоровьем и болезнью, под которой понимает психотический уровень дезорганизации психической деятельности. С. Ю. Циркин [5], изучая формирование негативных расстройств у первично выявленных больных шизофренией с 5-летним катамнезом, на первое место поставил снижение критических способностей (193 случая из 203). Однако, как нередко бывает, то, что находится ближе всего, меньше привлекает внимание и представляется как бы само собой разумеющимся.

Поэтому в научном плане категория критичности исследована недостаточно, что особенно ощущается в судебной психиатрии в связи с введением института ограниченной вменяемости. Наконец, представления об уровне социального функционирования как критерии полноценности психической деятельности, интенсивно развивающиеся в психиатрии последнее десятилетие, естественно вписываются в функционально-динамическую концепцию формирования психической патологии и её распознавания.

Отражая естественный поиск путей решения проблемы, каждая из них имеет свою нишу. Они не отрицают, а дополняют друг друга. Но каждая из них своим внутренним элементом имеет функционально-динамический характер взаимодействия субъекта со средой обитания. Практическое применение теоретических взглядов на природу отдельных психопатологических феноменов и заболеваний в целом делают возможными диагностические системы или классификации. Учитывая, что в соответствии с Законом Украины «О психиатрической помощи» диагностическим стандартом в психиатрии является Международная классификация болезней (в настоящее время — 10-го пересмотра), резонно при определении психического здоровья и болезни пользоваться критериями ВОЗ, к которым относятся:

- осознание и чувство непрерывности, постоянства и идентичности своего физического и психического «Я»;
- чувство постоянства и идентичности переживаний в однотипных ситуациях;
- критичность к себе и своей собственной психической продукции (деятельности) и её результатам;



Соотношение критериев психического здоровья

· соответствие психических реакций (адекватность) силе и частоте средовых воздействий, социальным обстоятельствам и ситуациям;

· способность самоуправления поведением в соответствии с социальными нормами, правилами, законами;

· способность планировать и реализовывать собственную жизнедеятельность;

· способность изменять способ поведения в зависимости от смены жизненных ситуаций и обстоятельств.

· Приведённые критерии импонируют как линейная модель психического здоровья. Её характерным признаком является отсутствие указаний на взаимосвязь критериев, их иерархию и степень полноты. Иными словами такая модель не несёт в себе информации, являются ли приведённые критерии исчерпывающими или их можно дополнять. Остаётся неизвестным, как критерии соотносятся между собой по степени обобщения отражаемой реальности. Неясно, какое минимальное количество, и каких именно критериев, достаточно для констатации психического здоровья. С другой стороны, то же относится и к определению психического нездоровья. Мы попытались их упорядочить, раскрыть их системный характер, исходя из изложенных выше представлений о здоровье и болезни, и несколько дополнить с учётом современных представлений о структуре и динамике взаимодействия субъекта с окружающей средой (схема)

В результате оказалось, что по основным параметрам схема отвечает представлениям судебной психиатрии о категориях вменяемости и дееспособности. Системообразующим является критерий критичности. Левая сторона схемы раскрывает интеллектуальный критерий вменяемости и дееспособности. Правая сторона раскрывает волевой критерий. Их одновременное наличие характеризует оптимальный уровень функционирования сознания и обеспечивает соответствие психических реакций (адекватность) силе и частоте средовых воздействий, социальным обстоятельствам, ситуациям и их информационному содержанию. Этот последний фактор (информационное содержание) не учтён соответствующим критерием психического здоровья (по ВОЗ). Генетически запрограммированный диапазон изменчивости, в пределах которого обеспечивается адекватность взаимодействия, получил в литературе название «нормы реакции». Нарушение любого включённого в схему компонента исключает адекватность психических реакций воздействию среды с нарушением критичности как ключевого, системообразующего фактора. Её частичное нарушение сопровождается непсихотическими психическими расстройствами. Полное нарушение характерно для психотического уровня поражения психики. И то, и другое свидетельствует о выходе за пределы «нормы реакции», за которым следует болезнь. Отсюда определение: «Психической болезнью считается выходящее за пределы «нормы реакции» изменение сознания субъекта, которое ограничивает частично или исключает полностью его способность осознавать себя, окружающее, свои действия и осознанно регулировать своё поведение». Оно полностью согласуется с принятым общим определением болезни: «Болезнь — это жизнь, нарушенная в своём течении повреждением структуры и функций организма под влиянием внешних и внутренних факторов при реактивной мобилизации в качественно своеобразных формах его компенсаторно-приспособительных механизмов; болезнь характеризуется общим или частичным снижением приспособительности к среде и ограничением свободы жизнедеятельности больного» [14]. Одной из особенностей перманентной дискуссии о содержании и разгра-

ничении обсуждаемых понятий является аксиоматизация дихотомии «здоровье – болезнь», «норма – патология». Причём разные авторы вкладывают в эти понятия различное содержание. Как пример приведём точку зрения Е. В. Шмидта и Ф. В. Бассина. Они предлагают два понимания понятия «болезнь». Первое — это патологический процесс, имеющий клиническое выражение, вызывающий клиническую картину, по которой и судят о наличии болезни. Второе — это нарушения, которые клинически не проявляются, поскольку маскируются компенсаторными механизмами и становятся явными, либо достигнув «критической степени выраженности», либо когда применяются особо тонкие и чувствительные методы параклинической диагностики. Если принять оба определения, то тогда неясно, что есть патология. Поэтому представляется целесообразным на организменном уровне использовать понятия «норма – патология». Тогда норма — это оптимум функционирования и развития органов и систем организма, а не собственно организма, как это определяет Энциклопедический словарь медицинских терминов. Патология — это гипо-, гипер-или извращение функции органов и систем организма, не влияющее на его взаимодействие со средой обитания. Соответственно здоровью — это оптимум функционирования организма, обеспечивающего его адаптацию в среде обитания. Болезнь — это гипо-, гипер-или извращение функции органов и систем организма, проявляющиеся вовне, нарушающие его взаимодействие со средой обитания и препятствующие сохранению относительного постоянства его внутренней среды (гомеостаза).

Литература

1. Уваренко, А. Р. Здоровье как социальная категория (аналитический обзор) / А. Р. Уваренко // Социальная гигиена, организация здравоохранения и история медицины: Республиканский межведомственный сборник. Киев, 1992. Вып. 23. С. 8 – 13.
2. Калько, П. И. Сущностная характеристика понятия «здоровье» и некоторые вопросы перестройки здравоохранения: науч. обзор / П. И. Калько. М.: ВНИИМИ, 1988. 67 с.
3. Жмуров, В. А. Психопатология / В. А. Жмуров. М.: Медицинская книга; Н. Новгород: НГМА, 2002. 668 с.
4. Brown, B. Psychiatry an international perspective / B. Brown // Nord. Psychiatr. Tidsskrift. 1980. Vol. 34, № 2. S. 93 – 110.
5. Бентал, Р. П. Предложение классифицировать счастье как психиатрическое расстройство / Р. П. Бентал // Вісник Асоціації психіатрів України. 1998. № 3. С. 135 – 143.
6. Бажин, Е. Ф. Социально-психологические аспекты ранней диагностики психических заболеваний // Ранняя диагностика психических заболеваний / Е. Ф. Бажин [и др.]; под ред. В. М. Бейхера, Г. Л. Воронкова, Вл. Иванова. Киев: Здоров'я, 1989. С. 17 – 26.
7. Корсаков, С. С. Избранные произведения / С. С. Корсаков. М.: Медгиз, 1954. 772 с.
8. Юдин, Т. И. Очерки истории отечественной психиатрии / Т. И. Юдин. М.: Медгиз, 1951. С. 110.
9. Битенский, В. С. Вопрос о неспецифических реакциях в работах К. Бонгёффера, Э. Крепелина и Г. Селье / В. С. Битенский [и др.] // Вісник психічного здоров'я. 2001. № 1 – 2. С. 14 – 23.
10. Нуллер, Ю. Л. Парадигмы в психиатрии / Ю. Л. Нуллер. Киев, 1993. 32 с.
11. Ганнушкин, П. Б. Постановка вопроса о границах душевного здоровья: избр. тр. / П. Б. Ганнушкин. М.: Медицина, 1964. С. 97 – 108.
12. Кербинов, О. В. О проблеме качества в медицине: избр. тр. // О. В. Кербинов. М.: Медицина, 1971. 312 с.
13. Жариков, Н. М. Стандартизованные синдромы унификации клинической оценки состояния больных шизофренией: метод.

письмо / Н. М. Жариков, Ю. И. Либерман. М., 1970. 76 с.

14. Апанасенко, Г. Л. Учение о здоровье: проблемы методологии / Г. Л. Апанасенко, В. Н. Ширяев // Философские проблемы медицины и биологии. 1989. Вып. 21. С. 40 – 46.

15. Виггенс, О. Кризис современной психиатрии: потеря личности / О. Виггенс, М. Шварц // Независимый психиатрический журнал. 1999. Т. 4. С. 5 – 8.

Поступила 11.01.2011 г.