

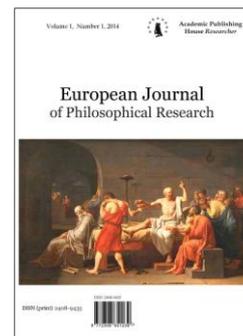
Copyright © 2014 by Academic Publishing House *Researcher*



Published in the Russian Federation
European Journal of Philosophical Research
Has been issued since 2014.
ISSN: 2408-9435
Vol. 2, No. 2, pp. 89-97, 2014

DOI: 10.13187/ejpr.2014.2.89

www.ejournal17.com



UDC 1.159.972

The Content of the Categories "Norma-Pathology" and "Health-Illness" in the Context of Clinical Psychology

Gennady G. Butorin

Chelyabinsk State Pedagogical University, Russian Federation
69, Lenin avenue, Chelyabinsk, 454080

Abstract

In the presented work an attempt to theoretically rethink the existing approaches of understanding of the major conceptual continuums at children's psychiatry and clinical pathology is undertaken. It is considered that the concepts "health" and "illness" — it is two important aspects of life which are closely connected and deeply interdependent among themselves. Though health represents a state that opposite to an illness, it can be connected with it various transitional states which have no clear boundary. Especially it is obvious for such complex problem as mental norm and mental pathology. Not incidentally today in science there are two approaches to understand a state of health: negative and positive ones.

Keywords: norm; pathology; health illness; mental development; adaptation; disontogenesis.

«В таком, с одной стороны, хрупком и тонком, а с другой – в таком сложном аппарате, каким является человеческая психика, можно у каждого найти те или иные, подчас довольно диффузные конституционально-психологические черты. А так называемые «гармонические натуры» по большей части есть плод нашего воображения».

П.Б. Ганнушкин

Введение

Известно, что термином детство принято обозначать начальные периоды онтогенеза. Согласно общепринятой периодизации, само детство включает несколько возрастных этапов: период младенчества от 0 до 12–14 мес., раннего возраста от 1 года до 3 лет, дошкольного возраста от 3 до 6–7 лет, младшего школьного возраста от 6–7 до 11–12 лет. В этом контексте к детству в индивидуальном развитии ребёнка практически относится период от рождения до предподросткового, или раннего подросткового возраста. Таким образом «детство» — понятие очень сложное и может иметь не только философское или методологическое звучание, но и нести конкретный смысл, вкладываемый в демографическую статистику и даже законы. Например, педиатры широко используют в своей деятельности понятие о хронологическом возрасте, сформировав определённый условный «стандарт», который является элементом профилактического наблюдения или «диспансеризации».

Возраст, будучи определённым этапом созревания организма, предполагает соответствующий этому уровень биологической, психологической и социальной зрелости (биопсихосоциальная модель возрастного развития). Онтогенез понимается как

индивидуальное развитие организма, как совокупность последовательных морфологических, физиологических и биохимических преобразований, претерпеваемых организмом от момента его зарождения до конца жизни. В то же время познание закономерностей причин и факторов онтогенеза служат научной основой для отыскания средств влияния на развитие человека, что имеет важное значение для психологии и медицины. Как полагает Б.Д. Карвасарский [1, с.43], клиническая психология в этом смысле выступает в качестве психологической и одновременно медицинской науки. Отсюда цель и задачи клинической психологии определяются практическими потребностями клиники: психиатрической, неврологической и соматической (психосоматической). Существующее разделение клинической психологии на пато-, нейро- и соматопсихологию весьма условно и отражает традиционный медицинский подход к классификации болезней. При этом повышенное внимание к проблемам как онтогенеза, так и дизонтогенеза определяется, прежде всего тем, что предупреждение и снижение общей заболеваемости населения, сбережение государством работоспособности населения (ресурсосбережение) зависит от тщательного изучения вопросов индивидуального развития – онтогенеза. Соответственно дизонтогенез – это нарушение развития организма на каком-либо этапе онтогенеза [5; 14; 17; 22; 23]. Методологическая основа изучения дизонтогенеза исходит из известного теоретического положения о единстве закономерностей нормального и аномального развития [2; 3; 4; 5; 6; 7; 8; 9].

Считается, что понятия «здоровье» и «болезнь» – это две важных стороны жизни, которые тесно связаны и глубоко взаимозависимы между собой. Их критерии и основные положения широко освещаются в литературе, при этом более узкие определения понятия «здоровье» чаще всего соотносятся с возможностями не только с физиологической, но и психологической адаптацией к среде. Теория адаптации приводит к более содержательному суждению о таких понятиях как «здоровье–нездоровье–болезнь», что связано с установлением как критериев нормы («здоровье»), так и патологии («болезнь»), которая рассматривается как специфичный и в то же время индивидуальный континуум* различных изменений, происходящих в онтогенезе. Хотя здоровье представляет собой состояние противоположное болезни, оно может быть связано с ней различными переходными состояниями, которые не имеют четких границ. Особенно это характерно для такой сложной проблемы как психическая норма и психическая патология. Разнообразие определений этих переходных состояний, относящихся к понятию непатологических (пограничные психические расстройства, донозологические нарушения, минимальные психические дисфункции в виде реакций, акцентуаций, психосоматических расстройств) изменяют поведение человека и затрудняют его нормы адаптивного поведения. Следует заметить, что понятие «патология» более широкое, чем понятие «болезнь». Патология – это не только болезнь, но и различные состояния отклоняющиеся от нормы, не имеющие активных патологических изменений (динамических и процессуальных). Понятие «патология» включает патологические реакции, процессы, состояния и развития.

Вместе с тем современные данные о здоровье всё больше подтверждают то положение, что именно в детском возрасте закладываются многие пожизненные свойства здоровья и состояния риска, и даже субклинические дебюты многих хронических заболеваний людей взрослого и пожилого возраста. Данное положение находит своё отражение в основной массе научных публикаций и определений здоровья, которые посвящены в основном взрослому человеку, и носят нередко сугубо методологический и философский характер.

С учётом этих особенностей в здравоохранении появился и такой термин, как «практически здоровый человек». Этот термин применяется в тех случаях, когда наблюдаются патологические нарушения, не сказывающиеся на самочувствии и не отражающиеся на работоспособности и адаптации.

В этом контексте современное понятие здоровья в здравоохранении определяется как «мера длительной физической, эмоциональной, умственной и социальной способности человека справляться с воздействиями окружающей среды. Хорошее здоровье сложнее

* Континуум – (лат. continuum – непрерывное, сплошное) – непрерывное многообразие или непрерывное единство чего-либо.... заключённого между двумя какими-либо действиями, событиями, эпизодами, фактами.

определить, чем плохое (которое, как правило, приравнивают к болезни), потому что такое определение должно передавать более позитивную концепцию, чем простое отсутствие болезни» [10, с.297]. Не случайно сегодня в науке существует два подхода к пониманию состояния здоровья: негативный (нозоцентрический) и позитивный (саноцентрический). Именно негативное определение здоровья рассматривает последнее как простое отсутствие патологии и соответствие норме. Здесь норма рассматривается как синоним здоровья, а патология – болезни. Позитивное определение здоровья не сводит последнее к простому отсутствию болезни, а пытается раскрыть его автономное от болезни содержание [11; с.223].

С этих позиций был заложен комплексный социологический подход к определению «здоровья» в Уставе Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) в 1948 г. *Здоровье — это не только отсутствие болезни или дефектов, но и состояние полного физического, духовного и социального благополучия.* Кроме того, помимо самого определения, ВОЗ были сформулированы критерии оценки психического здоровья:

- осознание и чувство непрерывности, постоянства, идентичности своего физического и психического «Я»;
- чувство постоянства и идентичности переживаний в однотипных ситуациях;
- критичность к себе и своей психической деятельности и её результатам;
- адекватность психических реакций 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.

Вместе с тем в отечественной литературе высказывается мнение о том, что указанные критерии нуждаются в доработке, так как непонятно, как эти критерии соотносятся между собой и сколько их необходимо, чтобы считать человека психически здоровым и т.д. [12; 13].

В педиатрической литературе вопрос о здоровье и нездоровье ребёнка нередко рассматривается в понятиях с точки зрения взрослого человека. Вместе с тем замечается, что суждения о детском здоровье должны учитывать большее количество характеристик различных уровней, а все определения «здоровья», принятые в медицине взрослого периода жизни, должны в применении к детям иметь обязательные дополнения, характеризующие уровень и свойства развития ребёнка. В качестве такого варианта известными отечественными педиатрами [14, с. 66] предлагается следующая формулировка: *«Здоровье ребёнка — это ещё и констатация оптимальности всех направлений развития, его гармоничности и адекватности по темпу, а также наличие факторов и условий для оптимального последующего развития — гарантии достижения к взрослому периоду жизни самых высоких биологически детерминированных уровней физического, интеллектуального и нравственного совершенства, а также возможности длительной, безболезненной и социально плодотворной жизни».*

Как считают специалисты «медицины детства», детство — это период активного «деланья здоровья» на всю последующую жизнь. И это «деланье» должно исходить от взрослых — семьи, детского здравоохранения, института социальной защиты семьи и детства. Выделяя ведущие компоненты или направления эффективных профилактических мер формирования физического и психического развития ребёнка как будущего взрослого человека, авторы выделяют четыре группы факторов, обеспечивающих его нормальное (оптимальное) развитие. С их точки зрения ребёнок нуждается: в любви, психологической поддержки и уважении; в комплексе мер защиты; в «материальном» обеспечении процесса роста и развития (оптимальное, многокомпонентно сбалансированное питание); в мерах по стимуляции физического развития (формы и методы сенсорной стимуляции, интеллектуальные и эмоциональные дозируемые нагрузки, соответствующие возрасту, проблемы и стрессы в ходе интенсивного и непрерывного обучения).

Несомненно, наличие явных признаков заболевания должно быть маркером нездоровья. В то же время в определении «здоровья–нездоровья» следует учитывать и такие

признаки, которые носят сугубо транзиторный характер, не снижая возможностей адаптации к среде.

Объяснение здоровья как взаимодействие его составляющих физиологического и психического здоровья отражает современную биопсихосоциальную парадигму*. Как свидетельствует ВОЗ (2001), в последнее время всё в большей степени становится очевидным, что нормальные функции, связанные с психическим здоровьем, имеют физиологическую основу и в значительной мере опосредованы с физическими и социальными функциями. Этот принцип заложен в понимание психического здоровья — *психическое здоровье, как и психическая болезнь, является результатом сложного взаимодействия между биологическими, физиологическими и социальными факторами.*

При этом понятие «психической болезни» рассматривается как *заболевание всего организма с преимущественным поражением мозга и нарушением мозговой деятельности, выражается в искаженном, неправильном, неадекватном восприятии и осмыслении объективной действительности, влечет за собой неправильное поведение больного, затруднение приспособления к среде, в которых чаще всего и проявляется.*

В то же время в Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) психическая болезнь понимается как заболевание преимущественно головного мозга, при котором страдает отражательно-познавательная деятельность, в результате чего развивается временное или постоянное нарушение социальной (в том числе производственно-трудовой и семейной адаптации). Все психические нарушения протекают на психотическом, невротическом и психопатическом уровне. При этом во всей классификации используется термин психическое расстройство, под которым подразумевается болезненное состояние с психопатологическими или поведенческими проявлениями, связанное с нарушением функционирования организма в результате воздействия биологических, социальных, психологических, генетических, физических или химических факторов. Оно определяется степенью отклонения от взятого за основу понятия психического здоровья. В.Я. Семке [15] предлагает рассматривать «психическое здоровье» как состояние динамического равновесия личности с окружающей её природой и общественной средой, когда все заложенные в её биологической и социальной сущности особенности проявляются наиболее полно, а все жизненно важные подсистемы функционируют с оптимальной интенсивностью.

Хотя здоровье представляет собой состояние противоположное болезни, оно в то же время может быть сопряжено с ней различными переходными состояниями, которые не имеют чётких границ, к ним относятся, прежде всего, пограничные состояния.

Каждое заболевание характеризуется определённой симптоматикой. Пограничные психические расстройства подразделяют на невротические, психопатические, функциональные и органические.

В детской психиатрии и клинической психологии высказано положение, что между симптомами болезни и проявлениями дизонтогенеза существуют определённые пограничные состояния в виде так называемых «*возрастных симптомов*», возникновение которых связано с онтогенетическим уровнем реагирования на ту или иную вредность [16; 17]. Данные симптомы более характерны для возраста (возраст-зависимые), чем для заболевания и могут наблюдаться при самой разнообразной патологии дизонтогенетического развития, в том числе в клинике органических поражений головного мозга (пограничных психических расстройств, психосоматических состояний и др.). Эта патология взаимосвязана с возрастным фактором, специфичным для нарушений в детском возрасте в виде изменений общей и нервной реактивности. Этот фактор с позиций эволюционно-динамического подхода к возрастным закономерностям как онтогенеза, так и дизонтогенеза обуславливают теорию периодизации индивидуального развития, как поэтапный переход от одного качественного состояния к другому. Известно, что возрастные симптомы, отражая патологически изменённую фазу развития, определяют клиническую

* Парадигма (греч. παράδειγμα, «пример, модель, образец») — совокупность фундаментальных научных установок, представлений и терминов, принимаемая и разделяемая научным сообществом и объединяющая большинство его членов. Обеспечивает преемственность развития науки и научного творчества.

специфику, характерную для заболевания, его вызвавшую. Наряду с этим изучение возраст-зависимых симптомов, лежащих на стыке между симптомами болезни и дизонтогенеза, может дать ценные результаты для изучения закономерностей нарушений развития.

Наряду с этим каждый этап онтогенеза в научной литературе рассматривается как переход от одного качественного состояния организма к другому. В клинико-психологическом аспекте — это нарастание психологического содержания личности; в медико-биологическом — это созревание высших психических функций, определяющих общее движение развития. Всякий ребёнок имеет свой путь развития, что следует считать его индивидуальной особенностью.

В.В. Ковалёв [6; 16] высказал мысль о том, что патогенетическую основу психических расстройств, преимущественных для разных периодов детского и подросткового возрастов составляет сменность качественно различных уровней патологического нервно-психического реагирования на различные вредности. Им были выделены, теоретически обоснованы и наполнены прикладным содержанием четыре функциональных уровня: соматовегетативный (0–3 года), психомоторный (4–10 лет), аффективный (7–12 лет) и эмоционально-идеаторный (12–16 лет).

Предлагаемая концепция «возрастных уровней преимущественно патологического нервно-психического реагирования» на различные вредоносные факторы окружающей среды в детской психиатрии и клинической психологии имеет важное значение не только для решения клинико-диагностических задач, но и позволяет оценить взаимоотношения между отдельными расстройствами с онтогенетических (эволюционно-динамических) позиций.

Эта концепция допускает определённую возрастную последовательность возникновения патологических проявлений при дизонтогенетическом развитии, что и отражается в клинической этапности развития ребёнка. Возрастной фактор как фактор внутренних условий с изменениями общей и нервной реактивности при многих патологических проявлениях может не только облегчать возникновение психических заболеваний, но и выступать в качестве патогенетической основы. К этому возрастному фактору специалисты относят определённые так называемые «критические периоды» онтогенетического развития. Г.Е. Сухарева [17] называет их «критическими периодами возрастной ранимости». Согласно мнению ведущих детских психиатров, к этим критическим периодам относят возраст 2–4 года — первый возрастной критический период, 7–8 лет — второй период, 12–15 лет — третий, или пубертатный (подростковый) критический период.

В психологической литературе существует мнение, что при всей важности выделения отдельных уровней нервно-психического реагирования и последовательности их смены в онтогенезе необходимо учитывать известную условность такой периодизации, так как отдельные проявления не только сменяют и отодвигают друг друга, но на разных этапах сосуществуют в новых качествах, формируя новые типы клинико-психологической структуры нарушений.

Как известно, в формировании структуры дизонтогенетических нарушений большое место принадлежит самим клиническим проявлениям и их симптоматике, а симптомы нарушений тесно связаны с локализацией поражения, временем его возникновения и с той или иной выраженностью остроты его течения, а также с их этиологией и патогенезом. В этом проявляется соотношение симптомов дизонтогенеза и признаков болезни, которые при болезни могут проявляться негативными и продуктивными симптомами, рассматриваемыми, как правило, чаще с позиций психиатрической науки и практики и в основном с позиций детской психиатрии.

Известно, что в психиатрии к негативным симптомам относятся явления «выпадения» психической деятельности: снижение интеллектуальной и эмоциональной активности. При этом основные трудности клинической и клинико-психологической диагностики в детском возрасте определяется во многом в том, что негативные симптомы трудно разграничить от явлений дизонтогенеза, при котором «выпадение» функций может быть обусловлено просто нарушением её развития или задержкой созревания. Если говорить о продуктивных болезненных симптомах, то они скорее указывают на остроту болезни, и в детском возрасте играют большую роль в формировании самой аномалии развития.

Следует заметить, что до настоящего времени нерешённым и принципиальным при обсуждении данной проблемы остаётся вопрос о том, какие системы следует считать определяюще значимыми для человеческого здоровья, которые не создаются только условиями воспитания. Условием их принятия и, следовательно, их предписаниям обладает только нормально сформировавшийся мозг и психика, что в большей степени отражает общий уровень здоровья человека. Так, было выснено, что болезни, голодание и просто заброшенность детей в семьях социального риска приводят к несформированности интеллекта и мышления, и, наоборот — к гипертрофии нетерпимости и агрессивности поведения, закладываемых на всю оставшуюся жизнь.

Большой ребёнок не может считаться здоровым, а оценка детского нездоровья должна опираться на большее количество характеристик разных уровней, то есть особенностей, достаточных для снижения жизненных возможностей или качества и количества жизни ребёнка, с одной стороны, и особенностей, имеющих значение для принятия врачебных решений и рекомендаций, направленных на улучшение прогноза качества и количества жизни — с другой. А.В. Мазурин и И.М. Воронцов, [14] обращают внимание на то, что термин «качество жизни», появился в педиатрической литературе в 80-х годах прошлого столетия, когда впервые была поставлена задача сделать больного человека достаточно дееспособным для самообслуживания в форме полноценности или качества жизни, даже несмотря на присутствие заболевания. По мнению акад. В.Я. Семке [15], концепция «качества жизни» (КЖ) составляет важное понятие в современной валиопсихологии* и превентивной психиатрии. Под качеством жизни он понимает достигаемость желаемого и удовлетворение достигнутым. С этих позиций выделяются субъективные (полученные на основе самоотчётов обследуемых) и объективные критерии качества жизни. Первая группа параметров, представлена оценкой эмоциональной удовлетворённости жизнью, самочувствием, общением в семье, с друзьями, материального и физического достатка и т.д. В графическом отображении они показаны так называемой «Розой качества жизни».

В последние годы в отечественной психиатрической литературе как особая форма психического дизонтогенеза обсуждается понятие диатез[†], представляющий собой предрасположение к тем или иным психическим заболеваниям [18; 19]. Так, выявленные А.В. Горюновой, Г.В. Козловской, Н.В. Римашевской [20] особенности шизофренического дизонтогенеза были названы ими «шизотипическими» и отнесены к эндогенным психопатологическим проявлениям нарушенного онтогенеза, в основе которого лежит дисгармония психофизического развития.

Из всего сказанного можно заключить, что помимо доминирующего в клинической психологии, психиатрии и вообще медицине 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).

Заключение

Таким образом, следует признать, что в настоящее время граница между состояниями здоровья и болезни, нормы и патологии, а также видение причин отклонений от норм

* Валиопсихология — наука, изучающая психологические и клинические основы здоровья и разрабатывающая на этой базе принципиально новые режимы поддержки и реабилитации.

† Диатез (греч. *diathesis* — склонность к чему-либо, предрасположение) — аномалия конституции, характеризующаяся предрасположенностью к некоторым болезням или неадекватным реакциям на обычные раздражители.

устанавливаются произвольно в соответствии в доминирующей в обществе и науке моделью болезни.

При этом, биопсихосоциальная модель оказания помощи больным с нервно-психическими расстройствами с включением медико-биологического, психолого-педагогического, социального аспектов, позволяет повысить эффективность полидисциплинарной помощи, направленной на превенцию, своевременную диагностику лечения и реабилитацию с оценкой всех факторов не только биологических, но и личностно-психологических и социально-психологических, играющих важную роль в формировании нервно-психических и психосоматических расстройств и с учетом диагностических критериев категорий МКБ-10.

Концепция комплексного, патогенетически обоснованного, полипрофессионального подхода к оценке этиологии и патогенеза психической патологии приводит к более адекватному объяснению природы этой патологии, и общей оценке нарушений всех уровней.

Примечания:

1. Карвасарский Б.Д. Клиническая психология. СПб. «Питер», 2004. С. 43.
2. Блонский П.П. Педология. М., Учпедгиз, 1934. С. 66.
3. Выготский Л.С. Диагностика развития и педологическая клиника трудного детства: Собр. соч. в 6 т. Т.5. М., 1983.
4. Дубровина И.В. Об индивидуальных особенностях школьников. М., 1975. С. 28.
5. Зейгарник Б.В. Патопсихология. М., 1986. С. 54.
6. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста: Руководство для врачей. Изд. 2-е. М.: Медицина, 1995. 560 с.
7. Лебединский В.В. Нарушения психического развития у детей. М.: Изд-во Московского ун-та, 1985. 166 с.
8. Лурия А.Р. Основы нейропсихологии. М., 1973.
9. Сухарева Г.Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста: В 3 т. Т. 1. М.: Медгиз, 1955. 458 с.
10. Большая иллюстрированная энциклопедия: в 32 т. Т. 10. М.: АСТ: Астрель, 2010. С. 297.
11. Середина И.В., Шкуренко Д.А. Основы медицинской психологии. Ростов н/Д: Феникс, 2003. С.223.
12. Богачев, М.А. Проблемы психического здоровья в современном мире / М.А. Богачев, С.С. Одарченко // Онтогенетические аспекты психического здоровья: тезисы докладов научно-практич. конф. (Омск, 19–20 апр. 2010) / под ред. В.Я. Семке. Томск: изд. «Иван Фёдоров», 2010. С. 34–37.
13. Ганнушкин П.Б. Постановка вопроса о границах душевного здоровья // Ганнушкин П. Б. Избранные труды. М.: Медицина, 1964. С. 97–108.
14. Мазурин А.В., Воронцов И.М. Пропедевтика детских болезней. СПб.: ИКФ «Фолиант», 2000. С.66.
15. Семке В.Я. Клиническая персонология, Томск: МГП «РАСКО», 2001. 376 с.
16. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста: Руководство для врачей. М.: Медицина, 1979. 608 с.
17. Сухарева Г.Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста: В 3 т. Т. 1. М.: Медгиз, 1955. 458 с.
18. Ануфриев А.К. Феноменология психических нарушений у детей раннего возраста из группы риска по шизофрении / А.К. Ануфриев, Г.В. Козловская // Журн. неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. 1985. № 6. С. 57–61.
19. Циркин С.Ю. Концептуальная диагностика функциональных расстройств: диатез и шизофрения / С.Ю. Циркин // Соц. и клин. психиатрия. 1995. № 2.
20. Горюнова А.В. К вопросу о нейро-психической дезинтеграции у детей раннего возраста из группы высокого риска по эндогенным психозам / А.В. Горюнова, Г.В. Козловская, Н.В. Римашевская // Проблемы шизофрении детского и подросткового возраста: труды Всесоюзного центра психического здоровья АМН СССР / Под общ. ред. акад. АМН СССР А.В. Снежневского. Т. III / Под ред. проф. М.Ш. Вроно. М.: 1986. С. 104–114.

References:

1. Karvasarskii B.D. Klinicheskaya psikhologiya. SPb. «Piter», 2004. S. 43.
2. Blonskii P.P. Pedologiya. M., Uchpedgiz, 1934. S. 66.
3. Vygotskii L.S. Diagnostika razvitiya i pedologicheskaya klinika trudnogo detstva: Sobr. soch. v 6 t. T.5. M., 1983.
4. Dubrovina I.V. Ob individual'nykh osobennostyakh shkol'nikov. M., 1975. S. 28.
5. Zeigarnik B.V. Patopsikhologiya. M., 1986. S. 54.
6. Kovalev V.V. Psikhatriya detskogo vozrasta: Rukovodstvo dlya vrachei. Izd. 2-e. M.: Meditsina, 1995. 560 s.
7. Lebedinskii V.V. Narusheniya psikhicheskogo razvitiya u detei. M.: Izd-vo Moskovskogo un-ta, 1985. 166 s.
8. Luriya A.R. Osnovy neiropsikhologii. M., 1973.
9. Sukhareva G.E. Klinicheskie lektsii po psikhatrii detskogo vozrasta: V 3 t. T. 1. M.: Medgiz, 1955. 458 s.
10. Bol'shaya illyustrirovannaya entsiklopediya: v 32 t. T. 10. M.: AST: Astrel', 2010. S. 297.
11. Seredina I.V., Shkurenko D.A. Osnovy meditsinskoj psikhologii. Rostov n/D: Feniks, 2003. S.223.
12. Bogachev, M.A. Problemy psikhicheskogo zdorov'ya v sovremennom mire / M.A. Bogachev, S.S. Odarchenko // Ontogeneticheskie aspekty psikhicheskogo zdorov'ya: tezis dokladov nauchno-praktich. konf. (Omsk, 19–20 apr. 2010) / pod red. V.Ya. Semke. Tomsk: izd. «Ivan Fedorov», 2010. S. 34–37.
13. Gannushkin P. B. Postanovka voprosa o granitsakh dushevno go zdorov'ya // Gannushkin P. B. Izbrannye trudy. M.: Meditsina, 1964. S. 97–108.
14. Mazurin A.V., Vorontsov I.M. Propedevtika detskikh boleznei. SPb.: IKF «Foliant», 2000. S.66.
15. Semke V.Ya. Klinicheskaya personologiya, Tomsk: MGP «RASKO», 2001. 376 s.
16. Kovalev V.V. Psikhatriya detskogo vozrasta: Rukovodstvo dlya vrachei. M.: Meditsina, 1979. 608 s.
17. Sukhareva G.E. Klinicheskie lektsii po psikhatrii detskogo vozrasta: V 3 t. T. 1. M.: Medgiz, 1955. 458 s.
18. Anufriev A.K. Fenomenologiya psikhicheskikh narushenii u detei rannego vozrasta iz gruppy riska po shizofrenii / A.K. Anufriev, G.V. Kozlovskaya // Zhurn. nevrol. i psikhiatr. im. S.S. Korsakova. 1985. № 6. S. 57–61.
19. Tsirkin S.Yu. Kontseptual'naya diagnostika funktsional'nykh rasstroistv: diatez i shizofreniya / S.Yu. Tsirkin // Sots. i klin. psikhatriya. 1995. № 2.
20. Goryunova A.V. K voprosu o neuro-psikhicheskoi dezintegratsii u detei rannego vozrasta iz gruppy vysokogo riska po endogennym psikhozam / A.V. Goryunova, G.V. Kozlovskaya, N.V. Rimashevskaya // Problemy shizofrenii detskogo i podrostkovogo vozrasta: trudy Vsesoyuznogo tsentra psikhicheskogo zdorov'ya AMN SSSR / Pod obshch. red. akad. AMN SSSR A.V. Snezhnevskogo. T. III / Pod red. prof. M.Sh. Vrono. M.: 1986. S. 104–114.

УДК 1.159.972

**Содержание категорий «норма-патология» и «здоровье-болезнь»
в контексте клинической психологии**

Геннадий Буторин

Челябинский государственный педагогический университет, Российская Федерация
454080, г. Челябинск, пр. Ленина, 69

Аннотация. В представленной работе предпринята попытка теоретически переосмыслить существующие подходы к пониманию важнейших понятийных континуумов для детской психиатрии и клинической патологии. Считается, что понятия «здоровье» и

«болезнь» — это две важных стороны жизни, которые тесно связаны и глубоко взаимозависимы между собой. Хотя здоровье представляет собой состояние противоположное болезни, оно может быть связано с ней различными переходными состояниями, которые не имеют четких границ. Особенно это характерно для такой сложной проблемы как психическая норма и психическая патология. Не случайно сегодня в науке существует два подхода к пониманию состояния здоровья: негативный (нозоцентрический) и позитивный (самоцентрический). С одной стороны, в настоящее время граница между состояниями здоровья и болезни, нормы и патологии, а также видение причин отклонений от норм устанавливаются произвольно в соответствии с доминирующей в обществе и науке моделью болезни. С другой — концепция комплексного, патогенетически обоснованного, полипрофессионального подхода к оценке этиологии и патогенеза психической патологии может приводить к более адекватному объяснению природы этой патологии, и общей оценке нарушений всех уровней.

Ключевые слова: норма, патология, здоровье, болезнь, психическое развитие, адаптация, дизонтогенез.