

ЛЕКТОРИЙ МИП

Познание и переживание. 2024. Т. 5. № 2. С. 124–134.
doi: 10.51217/cogexp_2024_05_02_07

ISSN: 2782-2168 (Print)
ISSN: 2782-2176 (Online)

**ГРАНИЦЫ НОРМЫ И ПАТОЛОГИИ
В КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ**

РАССКАЗОВА Е.И.^{а, б, в}

^а Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова,
Москва, Россия

^б Научный центр психического здоровья, Москва, Россия

^в Высшая школа экономики, Москва, Россия

В статье рассматриваются основные подходы к определению критериев нормы и патологии в клинической психологии; обсуждаются возможности и ограничения клинического (нозоцентрического) подхода к определению нормы и патологии, границы его применимости, приводятся примеры его применения в психологической практике; анализируется критика клинического подхода к определению нормы и патологии с позиции антипсихиатрического течения; рассматриваются различные варианты нормоцентрического подхода к определению нормы и патологии: статистический, гуманистический, адаптационный, эволюционный; делается вывод об относительности критериев нормы и патологии и необходимости совмещения различных подходов в клинической практике.

Ключевые слова: норма, патология, нозоцентрический подход, нормоцентрический подход, статистический подход, гуманистический подход, адаптационный подход, эволюционный подход, антипсихиатрический подход.

Для цитаты: Рассказова Е.И. Границы нормы и патологии в клинической психологии // Познание и переживание. 2024. — Т. 5, № 2. — С. 124–134. doi: 10.51217/cogexp_2024_05_02_07

Для контактов: Рассказова Е.И., e.i.rasskazova@gmail.com

**THE BOUNDARIES OF NORM AND PATHOLOGY
IN CLINICAL PSYCHOLOGY**

ELENA I. RASSKAZOVA^{а, б, в}

^а Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia

^б Research Center for Mental Health, Moscow, Russia

^в Higher School of Economics, Moscow, Russia

The article discusses the main approaches to determining the criteria of norm and pathology in clinical psychology. The possibilities and limitations of the clinical (nosocentric) approach

to the definition of norm and pathology, the limits of its applicability are discussed, and examples of its application in psychological practice are given. The article analyzes the criticism of the clinical approach to the definition of norm and pathology from the perspective of the antipsychiatric course. Various variants of the normocentric approach to the definition of norm and pathology are considered: statistical, humanistic, adaptive, evolutionary. The conclusion is made about the relativity of the criteria of norm and pathology and the need to combine different approaches in clinical practice.

Keywords: norm, pathology, nosocentric approach, normocentric approach, statistical approach, humanistic approach, adaptive approach, evolutionary approach, antipsychiatric approach.

For citation: Rasskazova E.I. The boundaries of norm and pathology in clinical psychology // *Poznanie i perezhivanie* [Cognition and Experience]. 2024. — V. 5, № 2. — P. 124—134. doi: 10.51217/cogexp_2024_05_02_07 (in Russ.).

Corresponding author: Elena I. Rasskazova, e.i.rasskazova@gmail.com

Рассмотрим сначала проблему определения границ нормы и патологии. Есть ли границы? И первый критерий — клинический, который и будет являться основным, если вдруг по каким-то причинам вы или ваши близкие обратятся к врачу. Но он не является единственным. Существуют и другие критерии, которыми врачи тоже должны (в идеале) руководствоваться при оказании помощи человеку.

КЛИНИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ НОРМЫ И ПАТОЛОГИИ

Можно ли вообще говорить о норме и патологии, как о каком-то устойчивом, реально существующем феномене? Понятия нормы и патологии существуют в общественном сознании, но идет ли речь об одном простом критерии? Если мы выбираем один простой критерий — норма и патология — то, да, есть различие между нормой и патологией. (Если мы, говоря о В. Высоцком, например, используем только критерий относительно употребления наркотических веществ и забываем про все остальное, что он делал в жизни, тогда речь идет о патологии. Если мы помним еще и о том, что он много делал в жизни хорошего, полезного и гениального, то речь идет о том, что иногда так утрированно называется клиническими психологами «высокой нормой».)

Теперь о критериях: где заканчивается норма и начинается патология. Самый первый критерий называется *нозоцентрический*. *Нозоцентрический критерий* — это медицинский, или клинический, критерий, задающий границы нормы и патологии. Это означает, что у врача есть список симптомов, и он может по списку симптомов принять решение: что является нормой, а что является патологией. Тогда *норма* — это отсутствие расстройств у человека, если основываться на различных списках симптомов. *Симптомы* могут быть субъективными, объективными, но так или иначе врач проверяет, присутствуют они или нет у человека (согласно списку критериев). Важный момент, который здесь касается описания нормы и патологии: различия между *состоянием*, *симптомом*, *синдро-*

мом и расстройством. Состояние — это не диагноз. Оно означает только то, что есть определенные особенности. Депрессивное состояние означает, что человеку грустно и плохо. Апатичное состояние означает, что никуда не хочется идти и ничего не хочется делать. Тревожное состояние может, например, означать, что человеку захочется выйти из аудитории, при этом он опишет, например: «Когда у меня тревога, прямо сейчас, у меня прерывается дыхание», или «Я начинаю дышать более часто, мне начинает казаться, что дыхания не хватает, у меня холодеют руки». Это будет симптом тревоги. Симптом депрессии — точно так же: «Я чувствую, что у меня пониженное настроение, что мне очень грустно, что я никуда не хочу идти, что я хочу остаться дома, а может быть, даже хочу плакать». Это симптомы. Синдром означает, что некое состояние в настоящий момент ярко проявляется в жизни человека. Депрессивный синдром означает, что человеку не просто время от времени хочется плакать, а что в таком состоянии он находится все время, такое состояние доминирует в жизни, и это влияет на то, как человек ходит на работу, на то, как учится, на то, куда обращается за помощью. По определению, синдром — это закономерное сочетание симптомов. Это значит, что симптомы так сочетаются, что создают, например, депрессивный синдром или тревожный синдром. А вот расстройство — это та болезнь, которую у определил врач. Врач находит ее по списку характерных симптомов. Но обязательно это то, что доминирует в жизни человека. Может быть, что расстройство одно, а синдром — совсем другой. Например, может быть, что заболевание называется «шизофрения», а синдром будет депрессивный, и тогда то, что мы видим у человека с шизофренией, то, что выходит на первый план, то, что влияет на все сферы жизни, — это его депрессия. Или, возможно, заболевание шизофрении, а синдром — ипохондрический. Это означает, что его тревога о здоровье и болезни выступает на первый план. Может быть, что у человека синдром депрессивный и расстройство тоже депрессивное (это может совпадать, но необязательно). Итак, **расстройство** — это заболевание, **синдром** — это основное, что мы видим у человека, а **симптом** — это конкретное проявление, которое чаще всего ситуативное (оно может пройти со временем).

Почему этого критерия не всегда достаточно? Последовательно ответим на этот вопрос, рассматривая следующее:

- Кто решает, что нормально, а что ненормально? Каков список симптомов, которым пользуется врач, откуда он берется? Кто формирует этот список симптомов, кто тот человек, который решает, что нормально, а что ненормально?

- Если мы руководствуемся списком симптомов, то может быть, что нормальное воспринимается как ненормальное, и наоборот? Есть огромное количество пациентов с шизофренией, которые живут рядом с нами, действительно считают, что их собираются кто-то отравить, или видят в своей чашке кофе то, чего мы не видим в этой чашке кофе, но мы никогда не узнаем, что эти люди больны, потому что во всех остальных случаях они ходят на работу, ведут себя нормально. У них есть паранойя в одной определенной области, например, а больше ничего не замечено. Если их по клиническому критерию нормы и патологии будет опрашивать врач, он может увидеть, а может и не заметить этих

особенностей. Тогда вопрос: насколько клинический критерий хорош, если врач может опросить человека и ничего не узнать?

- На что влияет это заболевание, на какие сферы жизни?
- Реакция общества неоднозначна: дело в том, что по поводу многих критериев, которые принято относить к клиническим, есть немало споров (например, принимать их в социуме или не принимать).

Итак, по поводу того, кто решает, что нормально, а что ненормально. К сожалению, самый яркий пример — это карательная психиатрия. Мы знаем, что действительно был социальный этап в развитии нашей страны, когда, к сожалению, клинические критерии (что считать нормальным, а что ненормальным) вырабатывались далеко не самым лучшим способом. Более того, это сказалось на многих диагностических методиках. Например, первая апробация методики ММРІ (многофакторного исследования личности), которая проводилась Березиным. Из методики были убраны все вопросы, которые говорили о религиозных убеждениях человека и его мистическом опыте (большинство этих вопросов относилось к шкале шизофрении), потому что это было непринято. Таким образом, клинический критерий нормальности в некоторой степени определяется обществом. В значительной степени этот принцип определяется культурой. (Например, существует такой феномен, как смерть вуду, но существует он только в том случае, если человек относится к культуре вуду. И если он узнает, что его проклял шаман, то он действительно умирает. Если я узнаю, что меня проклял шаман вуду, я не умру, и вы тоже.) Иными словами, данный случай можно считать заболеванием, но оно культурно-специфичное. Есть большое количество других культурно-специфичных заболеваний. (Например, Цзоухожумо — это психическое расстройство, существующее в китайской классификации психических расстройств, которое связано с занятием Ци-гун. Оно описано в случаях, когда при занятиях Ци-гун происходит рассогласование в том, как друг с другом соотносятся разные потоки энергии. Ни в каком списке клинических симптомов, используемых в нашей стране, не существует таких симптомов. Но это заболевание существует для врача в китайской медицине.) Таким образом, клинический критерий несовершенен, потому что для одного врача рассогласование энергий — причина болезни, а для другого — нет. Кроме этого, есть огромное количество симптомов, которые в разное время считались симптомами нарушений, а в настоящее время таковыми не являются. Один из примеров — нетрадиционная сексуальная ориентация. Сегодня то же самое происходит с трансгендерами: то, что считалось патологией в определенное время, соответственно, было симптомом, сегодня может вызывать большие вопросы. Если взглянуть в более глубокое прошлое, то мы обнаружим, что в какое-то время и левшество считалось патологией. Если вы посмотрите, например, старые иконы, то левой рукой берет Ева яблоко у змея, и это неслучайно. Левшество считалось патологией, поэтому были созданы сложные аппараты для переучивания левшей, нередко сопряженные с выраженным дискомфортом.

- Что делать с ситуациями, когда то, что выглядит нормальным, часто оказывается ненормальным. Я приведу вам один из драматических примеров.

Это пример лейкотомии, когда в результате операции человеку перерезают связи между лобными отделами мозга и остальными отделами. Результатом являются выраженные нарушения произвольной регуляции и целенаправленного поведения. Долгое время этим способом лечили тяжелые психические заболевания, например, тяжелые формы депрессии или тяжелые формы шизофрении, которые не поддавались лечению другим путем. Один из клиницистов провел более 100 таких операций и рекламировал свою работу в журналах следующим образом: размещалось два фото, на одном из которых человек в состоянии тяжелой депрессии, что видно по его лицу, после — счастливый человек. В результате возникает вопрос: мы действительно считаем, что такое «улучшение» — норма? Вряд ли, но с точки зрения клинического критерия, больше депрессии этот человек не испытывал. Другое дело, что и ничего целенаправленного, скорее всего, в своей жизни он сделать тоже не мог: ни создать семью, если он хотел создать семью, ни иметь детей, если он хотел бы иметь детей. Такие операции проводились и на детях тоже.

Второй пример, который я вам приведу, связан с разного рода переорганизацией функций, когда один и тот же симптом может иметь разное значение в зависимости от того, где и как он происходит. Например, в исследованиях Александра Владимировича Запорожца и Алексея Николаевича Леонтьева, которые начались после войны с людьми с различными повреждениями мозга, были выявлены нарушения, когда люди, которые не могли взять маленький предмет рукой, курили в коридоре с другими пациентами. Иными словами, человек мог совершить действие, чтобы взять сигарету, но не мог сделать то же самое по инструкции сомкнуть пальцы, то есть, недостаточно просто описать симптом, важно то, что за ним стоит. Другой обнаруженный ими пример: человек, который не мог поднять руку до определенной высоты, но мог снять шляпу с той же высоты просто потому, что у него была другая задача — снять шляпу. Последний, самый грустный пример: клиническое представление о норме, к сожалению, нередко порождает стигматизацию. Человека обвиняют и дискредитируют в связи с его симптомами, а возможно, он обвиняет сам себя, считая себя больным — *самостигматизация*. Человек относится к тому же самому обществу, и когда он узнает, что у него, например, шизофрения, он может начать дискредитировать и обвинять сам себя. В принципе, тут возникает вопрос о природе и источнике симптомов, которые есть у человека. Существуют интересные исследования шизофрении, в которых было показано, что многие из симптомов, которые считались так называемыми негативными, то есть связанными с потерей, утратой каких-либо возможностей (например, трудности с общением, трудности с запоминанием, трудности с мышлением, в отличие от трудностей по типу искажений функций), нередко являются просто реакциями на болезнь. Когда вследствие заболевания человек странно себя ведет, рассказывает про галлюцинации своим друзьям, он потихоньку лишается друзей и близких. Он сталкивается с опытом неуспеха и научается рассказывать как можно меньше и меньше общаться. Когда он реагирует эмоционально не так, как окружающие люди, он сталкивается с ответной реакцией окружающих, часто негативной, и учится реагировать как можно меньше. Тогда те симптомы,

которые раньше считали симптомами эмоционального обеднения, симптомами патологии, являются вовсе не патологией. Эти признаки вообще никак не относятся к проблеме нормы и патологии. Это то, чему учится человек, у которого есть болезнь. Человек учится разным способам жить с этой болезнью.

Результатом рассмотрения всех этих вопросов и критики клинического критерия было расширение критерия. Согласно расширенному клиническому критерию, *норма* — это всего лишь этический стандарт, идеал, модель поведения, которая желаемая, приемлемая или типичная для некоторой культуры. А *здоровье* — это состояние полного физического, психического и социального благополучия, т.е. тоже идеальное состояние. Такое определение введено Всемирной организацией здравоохранения, т.е. является основополагающим для всех специалистов, работающих со здоровьем человека. К сожалению, не всегда ему легко следовать во врачебной практике.

Таким образом, когда мы говорим о клиническом критерии нормы и патологии, то говорим о нескольких уровнях понимания нарушений: *симптом, синдром, расстройство*. При этом такая норма не свободна от социальных и культурных факторов и не всегда определяет то, как на самом деле живет и чего достигает человек. Кроме того, этот критерий может приводить к стигматизации, самостигматизации, то есть может калечить жизнь человека. Тем не менее, он незаменим, когда речь идет о клинической диагностике.

Клинический критерий не единственный, и, говоря об альтернативных пониманиях нормы и патологии, хочу рассказать вам историю Мэри Барнс и «Кингсли Холла». Историю, которая началась с течением антипсихиатрии. Течение антипсихиатрии довольно знаменательно, фактически, его начало связано с довольно забавным экспериментом, который был проведен человеком, не имеющим отношения к медицине; журналистом, который подговорил нескольких людей обратиться в психиатрические учреждения и сказать, что они переживают галлюцинации. После того, как этих людей госпитализировали, они должны были отрицать все симптомы. Этим людям поставили диагнозы разной степени тяжести, и они провели в больнице продолжительное время. Согласно антипсихиатрическому течению, проблема патологии условна, а врач принимает решение, во многом ориентируясь на социальные критерии. У этой истории есть интересное продолжение: позже тот же журналист объявил, что он повторит свое исследование, но не проводил это исследование второй раз. Согласно статистическим данным, в этот период времени большое количество людей, обращавшихся в психиатрические учреждения, признали здоровыми и симулирующими заболевания. Иными словами, вновь был получен факт в пользу использования социального критерия, а не клинического.

С историей антипсихиатрии тесно связано имя Рональда Лэйнга, автора книги «Расколотое Я». Рональд Лэйнг антипсихиатром себя не считал, он был психиатром, но на все его время активной деятельности наложили отпечаток период расцвета антипсихиатрии в медицине, а в социуме — движения хиппи. Он помогал развиваться разного рода общинам, в которые приходили жить люди в трудных ситуациях. Задачей таких сообществ было поддержание «эго, само-

развития, самореализации». Рональд Лэйнг создал направление психотерапии, которое было направлено на то, чтобы помочь человеку найти его собственное «Я». То есть психическое заболевание понималось как следствие «расколотого я», дисгармонии между тем, кем себя чувствует и кем хочет быть человек, куда ему двигаться и куда идти. Одна из самых известных таких общностей называлась «Кингсли Холл», куда можно было прийти в любой момент, начать там жить с единственным условием: жители должны были собираться на общую еду, и во время общей еды все вместе разговаривать. Мэри Барнс известна тем, что пришла туда как медсестра, у нее была отягощенная наследственность, ее брат болел шизофренией. Через некоторое время жизни в «Кингсли Холле» у нее начался болезненный процесс — она ушла в подвал, стала рисовать фекалиями на стенах, раздеваться, в какой-то момент ее снимали с крыши «Кингсли Холла», потому что она танцевала обнаженная на крыше. Эта история явно порочила весь «Кингсли Холл» и могла поставить под угрозу идеи Рональда Лэйнга, и он начал заниматься с Мэри психотерапевтическими практиками (и довольно многое сделал для того, чтобы ей помочь). В итоге она вышла из подвала и начала рисовать картины. Она стала художницей. Следует отметить, что до сих пор есть открытые вопросы: было ли ее заболевание шизофренией, а также повлияло ли на нее именно психотерапевтическое лечение, поскольку в позднем возрасте описаны и другие случаи, когда продуктивные шизофренические симптомы «уходят», и человек как бы выздоравливает. Иными словами, неизвестно: это заслуга Рональда Лэйнга или просто заслуга возраста и биологических факторов? ...

Я привожу этот пример, чтобы показать возможности альтернативного подхода к проблеме нормы и патологии, который называется **нормоцентрический** (в отличие от нозоцентрического). При нозоцентрическом мы говорим: «Если у Вас есть такие-то симптомы, значит, Вы больны такой-то болезнью». При нормоцентрическом подходе мы говорим человеку, что с ним должно быть, чтобы он был здоров. *Иными словами, нозоцентрический — клинический подход, который отталкивается от понимания патологии, нормоцентрический — от различных пониманий нормы.* Нормоцентрических подходов несколько.

Во-первых, это *гуманистический подход*, когда норма понимается как идеал, как этический стандарт или как предзаданные варианты самореализации. (По сути, у Рональда Лэйнга был именно гуманистический подход в варианте предзаданной нормы. С его точки зрения, человек болен, если он «расстался» со своим настоящим «Я», и если мы поможем ему это «Я» найти, то он вернется в свое состояние нормы.)

Адаптационный подход оценивает нормативность по тому, насколько человек может адаптироваться. Неважно, чем он болен, неважно, какой у него диагноз, но если он успешно живет, успешно процветает (а таких людей, между прочим, огромное количество с самыми разными диагнозами), если он успешен во всех видах деятельности, в достижении целей, которые он сам себе поставил, мы будем считать его нормальным.

Согласно функциональному подходу, нормой будет оптимум функционирования. Обратите внимание, что многие люди не смогут сказать (и я в том чи-

сле), что находятся сейчас в своем оптимуме функционирования, что это лучшее их состояние. Поэтому в рамках функционального подхода нормой может считаться то, что мы можем делать хорошо.

Перейдем теперь к *социокультурному* и *релятивистскому* подходам. В соответствии с ними, норма относительна и зависит от культуры. Норма может быть относительной. (Например, нормы меньшинства, даже если они живут в той культуре, где принято определенное поведение, могут отличаться другими нормами, т.е. должны рассматриваться как норма «сами для себя».)

Теперь о том, в чем трудности всех вариантов нормоцентрического подхода. Первая трудность — это то, что норма (как идеал, и вообще представление о норме как об идеале) формирует у нас с вами социальное сравнение. Если есть норма как идеал, значит, мы можем этому идеалу не соответствовать. Тогда, к сожалению, может возникать стремление, которое (вроде бы как) стремление к норме, но нормативным не является. Во-вторых, от антипсихиатрии всего лишь один шаг до отрицания болезни вообще. И, в-третьих, социокультурный релятивизм не имеет своих границ, потому что разные меньшинства (культурные, медицинские) можно дробить сколько угодно (сколь угодно маленькая группа со сколь угодно неожиданными стандартами может считаться нормативной). Давайте приведем примеры. Норма как идеал, с точки зрения, например, бодибилдинга, или с точки зрения расстройств пищевого поведения, нервной анорексии, — это то, что является одним из факторов. Нервная анорексия или перекачивание своего тела при бодибилдинге нередко является следованием норме как идеалу, заданному в СМИ. Некоторые исследователи говорят об ипохондрии здоровья, когда вся жизнь человека построена вокруг достижения здоровья настолько, что это мешает другим сферам его жизни (что чрезмерно).

Пример отрицания болезни, которое может произойти при опоре на антипсихиатрический подход — случаи современного экзорцизма. (Например, Анна Элизабет Мишель погибла в 26 лет в результате неправильного поведения родителей. У нее была обнаружена эпилепсия, и, несмотря на то, что лечение эпилепсии на тот момент было разработано, ее родители переехали с ней вместе в церковь и начали проводить над ней обряды экзорцизма, которые и привели к тому, что она погибла от обезвоживания.) К сожалению, такого рода случаи происходят подчас и сегодня. Наконец, идея социокультурного релятивизма очень часто приводит к идее избранности определенных групп, когда меньшинства — например, люди определенной сексуальной ориентации, трансгендерности и пр. — требуют особых прав на основе принадлежности к этим группам.

Можно выделить еще два подхода к проблеме нормы и патологии, которые не относятся ни к нозоцентрическому, ни к нормоцентрическому (но ближе к нормоцентрическому). Один из них — *статистический* подход. Если вы хоть раз заполняли тест интеллекта IQ, то использовали статистический подход. Как устроен статистический подход? Рассчитывается частота людей, набирающих определенные показатели по диагностической методике. Самые частые проявления считаются нормой, более редкие отклонения от нее — отклонениями. Однако к статистическому подходу возникает вопрос: где проводить границу?

Таким образом «устроены» любые научно созданные тесты: когда вы получаете ответ, что у вас высокие баллы по шкале депрессии, это на самом деле всего лишь означает, что по сравнению с другими людьми вы набрали более высокий балл. Популярных тестов это не касается, в них «границы» проводятся нередко не на основе исследований, а условно. К. Юнг писал: «Быть нормальным идеалью — это цель неудачника, потому что такая норма — среднестатистическая». Есть в статистическом подходе еще одна трудность. Представьте, что мы пытаемся выделить тех, у кого высокие или низкие баллы по IQ. У кандидатов и докторов наук средний IQ оказывается очень высоким. А у учеников младших классов очень низким. И полученная нами норма зависит от того, где мы проводили исследование, а результаты оценки — не только от интеллекта, но и от образования. Дополнительная проблема заключается в том, что статистический подход хорошо работает, когда речь идет только об одной характеристике, об одном признаке. Как только признаков становится больше, что происходит? Чем больше признаков мы используем, тем больше шансов, что хотя бы по одному из них человек будет иметь отклонения от статистической нормальности. В одной из книг по психиатрии (еще в 1987 году) упоминалось, что лишь 35% людей не имеют никаких расстройств, это один человек из трех.

Есть еще один подход, который, однако, малоэффективен в определении индивидуальных проблем здоровья и болезни людей, — подход *эволюционный*. Идея эволюционного подхода следующая: норма нужна для какой-то цели, то есть наши с вами нормы выстраиваются для того, чтобы достигать какой-то цели в этой жизни, в этом обществе, и мы все — существа, которые подстраиваются под какую-то норму. То, что мы называем патологией, — это вариант адаптации к новым условиям жизни и новым требованиям, которые возможны, но на данный момент их нет. Например, шизоидные особенности личности будут эффективными, если возможности общения будут ограничены, если человек отрезан от общества. Основное ограничение этого подхода — трудности применения его на практике. Так, для человека с тяжелым психическим заболеванием мало утешительно, что он мог бы быть «эволюционным материалом» для какой-нибудь ситуации, которая не произошла и, может быть, никогда не произойдет.

Итак, возвращаемся к вопросам, с которых мы начали статью. Как отличить норму от патологии? Нет ни одного подхода к норме и патологии, который был бы окончательным и безапелляционным (даже для врача). Более того, ни один критерий нормы и патологии не свободен от ограничений, некритическое следование некоторым из них (как, например, в случае понимания нормы как идеала или антипсихиатрического подхода) может угрожать здоровью и жизни людей. Насколько устойчива граница между нормой и патологией? Существует психопатология обыденной жизни, существуют пограничные расстройства, существуют транзиторные расстройства, которые проходят. (Мы рассматривали пример Мэри Барнс, другой пример такого рода — Джон Форбс Нэш, описанный в «Играх разума». Его заболевание шизофренией вызвало много споров о том, по каким причинам в пожилом возрасте его симптоматика стала нивелироваться.) Таким образом, когда мы решаем, что является патологией или что является

нормой, важно опираться на несколько различных критериев и учитывать их, поскольку любой подход чреват своей возможной чрезмерностью. *Опора исключительно на статистику опасна выводом, что нормы нет вообще; эволюционный взгляд мало применим в диагностике на практике; использование исключительно гуманистического подхода чревато переходом в антипсихиатрию, когда мы начинаем лечить людей психологическими методами там, где нужны клинические методы.*

Литература

- Перре М., Бауманн У. Клиническая психология. — СПб: Питер, 2007. — 1312с.
- Балашова Е.Ю. Проблема психической нормы и патологии в клинической психологии: некоторые культурно-исторические аспекты // Психология субкультуры: феноменология и современные тенденции развития. Материалы Международной научной конференции. — М.: РГГУ, 2019. — С. 246-252.
- Балашова Е.Ю., Ковязина М.С. Представления о психической норме в клинической психологии: подходы, исследования, перспективы // Тезисы докладов Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Диагностика в медицинской (клинической) психологии: традиции и перспективы» (К 105-летию Сусанны Яковлевны Рубинштейн). Москва, 29–30 ноября 2016 года. — М.: МГППУ, НЦПЗ, 2016. — Т. 1. — С. 21-24.
- Ганнушкин П.Б. Постановка вопроса о границах душевного здоровья // Ганнушкин П.Б. Избранные труды. — М.: Медицина, 1964. — 292с.
- Лучков В.В., Рокитянский В.Р. Понятие нормы в психологии // Вестник Московского Университета : сер. 14 : Психология. / Москва : Изд-во Московского ун-та, 1987. — № 2: Дискуссии. Размышления.
- Чуканова А.А. Проблема нормы и патологии: психологический обзор // Психология, социология и педагогика. 2014. — № 12 [Электронный ресурс]. URL: <https://psychology.snauka.ru/2014/12/4080>

References

- Perret M., Baumann U. Klinicheskaya psihologiya [Clinical Psychology] — St. Petersburg: Piter, 2007. — 1312p.
- Balashova E.Y. Problema psihicheskoy normy i patologii v klinicheskoy psihologii: nekotorye kul'turno-istoricheskie aspekty [The problem of mental norm and pathology in clinical psychology: some cultural and historical aspects] // Psychology of subculture: phenomenology and modern development trends / Materials of the International Scientific Conference. — M.: RSUH, 2019. — P. 246-252.
- Balashova E.Yu., Kovyazina M.S. Predstavleniya o psihicheskoy norme v klinicheskoy psihologii: podhody, issledovaniya, perspektivy [Concepts of mental norm in clinical psychology: approaches, research, prospects] // Abstracts of the All-Russian scientific and practical conference with international participation / Diagnostika v medicinskoj (klinicheskoy) psihologii: tradicii i perspektivy» (K 105-letiyu Susanny

- Yakovlevny Rubinshtejn] [«Diagnostics in medical (clinical) psychology: traditions and prospects» (Dedicated to the 105th anniversary of Susanna Yakovlevna Rubinstein)]. Moscow, November 29-30, 2016. — М. : MGPPU, NCPZ, 2016. — V. 1. — P. 21-24. (in Rus.)
- Gannushkin P.B.* Postanovka voprosa o granicah dushevnogo zdorov'ya [Posing the question of the boundaries of mental health] // P.B. Gannushkin. Selected works. — М. : Medicina, 1964. — 292p.
- Luchkov V.V., Rokityansky V.R.* Ponyatie normy v psikhologii [The concept of norm in psychology] // Vestnik Moscovskogo Universiteta [Moscow university psychology bulletin]: ser. 14 : Psychology. — Moscow : Publishing House of the Moscow University, 1987. — №. 2: Discussions. Reflections (in Rus.)
- Chukanova A.A.* Problema normy i patologii: psihologicheskij obzor [The problem of norm and pathology: a psychological review] // Psychology, sociology and pedagogy. 2014. — №. 12 [Electronic resource]. URL: <https://psychology.snauka.ru/2014/12/4080> (in Rus.)

Информация об авторе

Рассказова Елена Игоревна, кандидат психологических наук, доцент кафедры нейро- и патопсихологии факультета психологии, Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова (ФГБОУ ВО МГУ им. М.В. Ломоносова); старший научный сотрудник отдела медицинской психологии, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья» (ФГБНУ НЦПЗ); ведущий научный сотрудник международной лаборатории позитивной психологии личности и мотивации, НИУ Высшая школа экономики (ФГАОУ ВО «НИУ ВШЭ»), Москва, Россия, e-mail: e.i.rasskazova@gmail.com

Information about the author

Rasskazova Elena Igorevna, Candidate of Psychological Sciences, Associate Professor of the Department of Neuro- and Pathopsychology of the Faculty of Psychology, Lomonosov Moscow State University (Lomonosov Moscow State University); Senior Researcher of the Department of Medical Psychology, FSBI «Scientific Center for Mental Health» (FSBI NCPZ), leading researcher at the international laboratory positive Psychology of Personality and Motivation, Higher School of Economics, Moscow, Russia, e-mail: e.i.rasskazova@gmail.com

Получена: 23.03.2024

Принята в печать: 27.05.2024

Received: 23.03.2024

Accepted: 27.05.2024