
ФИЛОСОФИЯ И СОЦИОЛОГИЯ НА МЕДИЦИНАТА

БОЖИДАР ИВКОВ*

ВЪРХУ ФИЛОСОФСКОТО ПОНЯТИЕ ЗА БОЛЕСТ В МЕДИЦИНАТА: ЗА И ПРОТИВ

Abstract: This article focuses on contemporary discussions on the general concept of disease and its significance for clinical practice. Some authors (e.g., Haslow) believe that the general concept of disease does not play a key role in clinical decision-making. Others (Pellegrino, Clouser, Culver and Gert), on the contrary, emphasize the importance of the concept for public health and for the methodology of medical practice. Emphasis is also placed on the importance of the methodology of medical theory; it is pointed out that these debates started in the 1960s.

Keywords: medicine; concept of disease; clinical practice; methodology of medical theory.

Фундаменталната наука прави това, което е възможно, и така, както е необходимо, а приложната наука прави това, което е необходимо, и така, както е възможно.

А. Айнщайн (Веселкин 1982: 4)

В съвременната западна литература се наблюдава голям и нарастващ интерес към въпросите, свързани с методологическите основи на медицинската практика. В тези граници се разполагат и дискусиите за смисъла на „общата философска концепция за болестта и нейната възможна връзка със съществуващите дефиниции на специфичните болестни единици“ (Sak 2009: 99), т.е. с конкретната клинична практика.

Днес, в епохата на грубия прагматизъм, на тоталната медицинализация, на генетизацията и киборгизацията на обществата, на фармакологизацията и опазването на медицината и здравеопазването, много често възниква въпросът за смисъла при решаване на проблема за общата същност на болестта, както за философията и социологията на медицината и за медицинската антропология, така и особено за клиничната медицина и практика. Дали е важно да се знае, че един човек е считан за болен не само поради разпознатото конкретно заболяване, но и поради някакво по-общо измерение? На ниво ежедневие или в социално и психологическо измерение това, безспорно, е много важно дори само поради факта, че тази значимост е доказана от не едно и две социологически и психологически изследвания. А как стоят нещата при медицината?

* Проф. д-р в Институт по философия и социология, БАН.
Email: bivkov56@gmail.com

Дебатът

Отговорът на този въпрос е търсен от съветската философия на медицината още в края на 60-те и началото на 70-те години на XX век. Ето какво пише руският учен Василенко: „Непрекъснато нарастващият поток от експериментални и клинични данни не се придружава от обобщения или синтез на фактите (...) Естествено е, че колкото по-голяма е масата на несистематизираната научна информация, толкова по-малко тя е достъпна“ (Василенко 1972, цит. по Циммерман, Димов 2014). Малко преди него известният руски патолог Давидовский пише: „Съвременната медицина се насочи почти изцяло към анализа, а синтезът изостава, изостават обобщаващите представи, само върху които е възможно да се изгради повече или по-малко стройно учение за болестта“ (цит. по Саркисов 2000). Съвсем наскоро, в контекста на бурното развитие на невронауките през последните две-три десетилетия, руската изследователка Т. Черниговска пише, че сме изправени „пред един – на пръв поглед – неразрешим проблем. От една страна, научната информация и знанието нарастват в геометрична прогресия, от друга страна, нашите възможности да прочетем, осмислим и приложим тези знания, нараства в аритметична прогресия (...) данните стремглаво растат, а възможностите за тяхното осмисляне нарастват „несъпоставимо по-бавно. Следователно, длъжни сме да направим нещо с образователните програми“. Всеки учен вече е наясно, че не е в състояние да прочете всички статии, които излизат в неговата тясна специалност. А тясната специалност „сега на никого не е необходима: необходими са комбинирани, конвергентни знания“ (Черниговска 2012; Ивков 2018 – Отбора на надеждата). С други думи, общата концепция за болестта е сериозен методологически инструментариум за анализ и синтез на емпиричните данни и за извеждане на обща теория за болестта. Това от своя страна със сигурност ще подобри клиничната практика, ще даде възможност да се обхващат повече и по по-адекватен начин емпирични данни и в крайна сметка ще е по-добре за здравето на пациентите.

На друго мнение е шведският изследовател Г. Хеслоу (Hesslow 1993), според който общата концепция за болестта няма ключова роля при вземането на клинични решения в конкретни ситуации от клиничната практика. Той се опитва да защитава тезата, че общи понятия като „здраве“ и „болест“ нямат голямо значение за медицинските науки. Твърде вероятно е да се окаже, че подобен начин на мислене има важна роля за формиране на едно професионално безразличие в не малко лекари – кога, как и с какво лекуват пациентите си. Според Хеслоу, както „съвременните клиницисти, така и изследователите, работещи в областта на медицинските науки, разбират понятието „болест“ като това, което описва „механистичният модел“ на болестта. В този модел се приема, че болестта е отклонение, девиация от някакво идеално състояние“ (Сак 2009: 99).

Същността на биомеханичния модел на болестта е основана върху концепцията за тялото като физическа система, която може да бъде разрушена и се нуждае от лечение, за да бъде върната в работно състояние. Този модел

задължително предполага търсене на помощ в рамките на конвенционалната медицина, независимо от наличието и на други системи за лечение, които могат да бъдат открити във всяко общество. Биомеханичният модел на болестта се състои от следните елементи или характеристики: (1) Болестта е съвкупност от отклонения от биологичните норми; (2) Болестта не съществува извън нейното наименование и е разположена на равнището на природната реалност (обективация на болестта); (3) Болестта е естествено състояние, обективна даденост; (4) Емоционалните или физическите отклонения с биологичен произход, които могат да бъдат констатирани, показват, че в системата има проблеми; (5) Ако симптомите се запазват за дълго или се задълбочават, хората трябва да се обърнат за помощ към лекаря; (6) Болестта като обективна даденост може да бъде позната, наименувана (Фуко), изчислена, изследвана; (7) Човекът е организъм, физическа система, която може да бъде увредена, изследвана и „ремонтирана“/лекувана (механистичен подход); (8) Човекът като физическа система е почти тотално фрагментиран на подсистеми, органи (компоненти), части от тези органи (елементи), клетки, гени (субелементи) и т.н.; (9) Тялото като физическа система имплицитно предполага ясно разграничение между материално тяло и съзнание и екзистенциален свят на човека (Декартов подход). Този модел отразява обективистките, натуралистични позиции, от които тръгва и на които стои лекарят в процеса на отношението му с пациента (Ивков 2014: 355).

За Хеслоу съвременният говорител на този модел е Буурс, който е създател на биостатистическата теория на болестта (Boorse 1993). Хеслоу смята за доказателство факта, че общата концепция за „здраве“ и „болест“ е с ограничено значение за клиничната медицина, че тези понятия „нямат съществена роля в нито една от широкия кръг теории, появили се в съвременната клинична медицина“ (Sak 2009: 99; Hesslow 1993).

Хеслоу, а и други привърженици на този подход не разграничават в достатъчна степен равнищата на научна и метанаучна рефлексия. Съвсем ясно е, че лекарите клиницисти, като не правят „рутинно“ размишление върху това „какво е медицина, какви са границите на нейните допустими действия и какви са общите цели, към които тя се стреми“ (пак там: 100), то този факт не може да бъде аргумент по посока на редуциране или дори изключване на дебата на тези проблеми дори в рамките на клиничната медицина. И философи, и социолози, и медици, в т.ч. клиницисти, трябва да са наясно, че рефлексии върху общите понятия и теории за „здраве“ и „болест“ имат неоспорим и дори ключов смисъл в обхвата, определен от размисъла за методологичните основи на медицината. Не трябва да се забравя, че именно анализите в областта на философията на медицината, а и не само в нея, понятията „здраве“ „болест“ са ключови елементи във всяка клинична парадигма, призната въз основа на метамедицински анализи – например парадигмата за пациента в центъра на грижата или за наративната медицина. Това е особено видно в социология на диагнозата и особено на непоставената диагноза в многобройните примери, които посочва българският изсле-

довател Ю. Васева, позовавайки се на разработките на Стегенга (Васева-Дикова 2020; виж също Stegenenga 2018). Тук е важно също така да се посочат не само съвременните дискусии в англоезичната литература, попадащи в тази област на дебата, но и историческите постижения на т.нар. полска и съветска (руска) философско-медицинска школа. Представителите на тези школи в по-голямата си част са били и практикуващи лекари, и философи на медицината, провеждащи изследвания в областта на метамедицината.

И днес прави впечатление, че много от добрите лекари и учени медици ценят високо общите понятия и концепции за „здраве“ и „болест“, защото те са ключът към богатството от методологически знания в медицинските науки. Клоузър и колектив от своя страна подчертават, че дефинирането на категории като „болест“, както в строго медицинското измерение (disease), от една страна, така и по отношение на преживяванията на пациента (illness), от друга страна, е важен въпрос за съвременната философия на медицината не само поради чисто познавателни и теоретични причини, но и поради тяхното значение за много въпроси на медицинската практика. Например по отношение на конфликтите на интерпретация на болестта от страна на лекаря и пациента и възможностите за тяхното редуциране или цялостно туширане. Друг, много важен при това практически проблем, е фактът, че съществуват сериозни разлики както между различните хора в дадена социална група, така и между отделни групи, социални категории и културни кръгове при дефинирането на това какво е болест. На практика тези различия могат да се изразят в липсата на еднородност по отношение на легитимността на възстановяването на определени видове медицински дейности, например лечението на ефектите от никотиновата зависимост или пластичната хирургия (Clouser, Culver, Ger 2004: 90–91). Тук особена актуалност и значение днес придобиват анализите на Ю. Васева-Дикова по отношение на COVID-19 (Васева-Дикова 2020).

Много интересни разсъждения в посока на общия концепт за болестта има Пелегрино, професор от университета в Джорджтаун, – лекар, който днес има голямо влияние при формиране на мнение сред американските лекари и философи на медицината. В продължение на много векове, подчертава той, „общите идеи за здравето и болестите са били не само елементи, строго характеризиращи медицината, но и понятия, които надхвърлят нейната природа“. Днес същността на философията на медицината според Пелегрино се основава на представата за болестта като причина за човешкото страдание. „В рамките на съвременната култура всеки нов прогрес в областта на медицинското познание е причина да поставяме нови въпроси за здравето и болестите, а също и за обхвата на медицинските действия: заедно с развитието на медицинската генетика и появата на нови диагностични проблеми ние често не сме, както преди, уверени, какво определя нормалността, къде свършва здравето и започва болестта“ (Sak 2009: 100; Pellegrino 2004). Освен че именно тази перспектива на Пелегрино поставя един много важен въпрос: дали дефиницията на Световната здравна органи-

зация (СЗО) за здраве е още напълно смислена, тя представлява сериозна теоретична основа за анализ на процесите на генетизация и медикализация на обществото.

Пелегрино поставя и такива социално значими по своята същност въпроси като:

- Дали публичните средства трябва да бъдат разходвани само и единствено за лечение на болестни състояния, ясно манифестиращи се с очевидни патологични симптоми, или е възможно да се разходват и за дейностите, насочени към подобряване на качеството на живот, самочувствието на човека, подкрепа на възможностите му за постигане на неговите цели?

- Дали човек, който изпитва незадоволеност, и среща социални трудности поради своя външен вид може да бъде признат за болен? Дали е възможно да бъде насочен към фондове и да получи компенсаторни публични средства за медицински услуги?

- Дали стремежът на човека да бъде професионален спортист и да преследва рекорди дава правото и прави възможно при него да бъде прилагано хормонално лечение?

- Има ли и ако да, каква е разликата по същество между оперативното лечение на катаракта и например употребата на стероиди с цел да се увеличи телесното тегло или – друга широко разпространена практика, често срещана при студенти употреба на фармакологични средства за подобряване на паметта (Pellegrino 2004, цит. по Sak 2009: 100)?

Тези, на пръв поглед нямащи нищо общо помежду си въпроси, Пелегрино обобщава в една по-обща дилема: колко далеч може да се разпростира в човешкия живот медикализацията му? Според него най-напред трябва да се обсъди следното: Кой е човекът? Какво е медицина? Какво е болест? (Pellegrino 2004.) Съвременните рефлексии върху общите понятия за здраве и болест са затруднени от множество фактори и днес е много по-трудно тези общотеоретични за медицината понятия да бъдат дефинирани и изяснявани в сравнение с преди няколко десетилетия. Твърде често много учени, да не говорим за клиницисти, смятат, че във време, когато не малко специалисти се съсредоточават върху строго подбрана област от медицинските науки и практика, като картографиране на човешкия геном например, общото определение на здравето и болестта има малко, дори няма никакво значение. Точно такъв подход обаче е един от факторите, които пораждат и съдействат за разпространението на такива негативни явления като медикализацията и генетизацията¹ в живота на съвременния човек.

¹ Понятието „генетизация“ е въведено за първи път от канадската изследователка Аби Липман. Според нея генетизацията „се отнася до непрекъснатия процес, чрез който разликите между индивидите се свеждат до техните ДНК кодове и повечето нарушения, поведения и физиологични разлики се определят, поне отчасти, като генетично обусловени. Отнася се също и до процеса, чрез който интервенциите, които използват генетични технологии, се използват за решаване на здравословни проблеми (Lippman 1991: 19).

За съвременната медицина са характерни процеси като фрагментация и емпиризация на медицинските знания между различните специализации както на клиничната, така и на експерименталната медицина. Това налага една обща рефлексия върху медицината, синтез на знанията. Понятията за „здраве“ и „болест“ са ключова част от тази обща, методологическа рефлексия върху медицината. Още в началото на 60-те години на XX век съветският лекар и философ на медицината И. В. Давидовски пише: „Съвременната медицина все още се върти (а днес това сякаш се задълбочава – б.н.– Ю. В., Б. И.) преди всичко в сферата на единичното (индивидуалното) и частното (нозологичното). Но достатъчно пълното знание ще дойде само при разкриване на общите, т.е. на принципните, закономерности, като правило, отиващи отвъд пределите на човека в заобикалящия го свят. Но тук вече не доминират каноните и инструкциите на медицинските дейтели, а непреходните закони на живота“ (Саркисов 2000). С други думи, решаването на основни методологически въпроси на медицинската теория (синтез на емпирични данни), предоставя възможности за преодоляване на емпиризма и на грубия и тесен прагматизъм.

Дори Хеслоу, който отрича общото понятие за болест, признава, че е важно общото разграничение между здравето и болестта. Разграничение, което е важно да се направи от лекаря преди започване на лечението, т.е. той трябва да е сигурен, че пациентът му е болен, и да прецени адекватността на терапията. Освен това редица социално-икономически съображения и фактори налагат да се вземат предвид общите понятия за здраве и болест с оглед ефективния разход на публични средства и др. Особено важно е това в ситуации, в които болестта освобождава пациента от пълна правна и морална отговорност за своите действия – става дума за психиатрията. Тук става въпрос преди всичко за сферата на разстройствата, определени като психични заболявания (Hesslow 1993; Sak 2009: 101).

Съвременната медицина, според актуалната медицинска парадигма, се базира на стратегиите за медицина основана на доказателства (ЕВМ) и грижа, в центъра на която е пациентът. При тези парадигми е от изключително значение знанието за етиологията и патофизиологията на болестите заедно с индивидуалния опит на лекаря по отношение на данните, идващи от достоверни и актуални научни изследвания (Gajewski, Jaeschke. 2006). Не на последно място важна е безконфликтната комуникация лекар – пациент. Самият факт, че важен принцип в ЕВМ е това, че научните данни, „въпреки че са необходими за правилното вземане на клинични решения, сами по себе си не са достатъчна основа за това, необходими са и знанията, уменията и опита на лекаря (Ibid.)“, подсказва за необходимостта от теоретичен синтез. Още повече, че в тази „област се локализира и общото знание и въображение, отнасящо се до здравето и болестта, дори и тези интуитивни, които не са резултат на теоретизиране“ (Sak 2009: 101).

Заклучителни бележки

Особено важен и интересен аспект в дискутирания тук дебат е свързан с това „какви възприятия за болестта имат младите адепти на медицинското изкуство“ (Hesslow 1993). Хеслоу отбелязва, че студентите по медицина, които едва започват своето обучение, най-често смятат болестта за нежелано състояние, отклоняващо се от нормата, което трябва да се лекува, а това от своя страна дава право на пациента да получава медицински услуги. Общите понятия за „здраве“ и „болест“ обаче се мислят от студентите само докато учат. С напредване на образованието им общите понятия се редуцират до конкретни болестни единици през призмата на понятията, които съответстват на целите на съвременната медицина (Sak 2009: 101, Hesslow 1993). „Този проблем обаче несъмнено изисква допълнителни изследвания, както в областта на медицинската теория, така и на емпиричните методи, свързани с психологическите измерения на здравето и болестта, за които разглеждането на общите, философски концепции и понятия, е несъмнено отправна точка“ (Sak 2009: 101). И ако за Хеслоу студентите по медицина се запознават с понятията „здраве“ и „болест“ по време на обучението си по медицина, то според един от българските изследователи в полето на философия на медицината това не е точно така. В своя работа Васева (Васева-Дикова 2017) представя т. нар. синдром на медика, а именно фокусирането изцяло върху знаците (към патологията и нозологичните знаци на заболяването) на болестта в процеса на обучение по медицина. Така тя е в центъра на вниманието на студентите по медицина, а не толкова нормата или здравето. Това е един методологичен маркер в процеса на обучение по медицина. Този синдром трябва да получи своето философско осмисляне и да бъде преодолявано от вече преминалите обучение по медицина.

Съвременното образование на българските студенти по медицина е изцяло подчинено на емпиризма и прагматизма. Теоретичният синтез под формата на философия и социология на медицината е почти изцяло изхвърлен от процеса на образование, а възпитанието и обучението на студентите е подчинено изцяло в духа на биомеханистичния модел на болестта. Пациентът е „разчленен“ на системи, органи, та чак до клетки, и всъщност се оказва, че „няма кой да го сглоби“, както ми каза в частен разговор преподавател в един от медицинските университети в страната. Процесът на диференциация се задълбочава и в лекарската практика, и в образователната система по медицина, и дори в здравноосигурителната система и отношенията чрез т.нар. „клинични пътеки“. А интегративните процеси сякаш непрекъснато избледняват. На преден план излизат споменатите по-горе негативни явления в българската медицина и здравеопазване, като доминират опазаряването и пазарният модел следствие на медикализацията им.

В заключение ще напомня едно разсъждение на акад. Веселкин от началото на 80-те години на XX век, което не е загубило и йота от своята актуалност: „Теоретичният синтез в медицината трябва да се основава върху фундаменталните закономерни връзки и отношения. На това засега пречи

не докрай преодоленият в медицината емпиризъм (и груб прагматизъм – б.м.-Б.И.), изхождащ от предпоставката, че медицината е приложна наука. Приложният характер на медицинското знание – това е само едно от неговите свойства, а не съдържателна характеристика на медицината като цяло. Във всяка наука има фундаментално основание и ако някоя наука се лишава от такова теоретично основание, то тя неизбежно се превръща в емпирически сляпо договаряне, лишено от научни перспективи“ (Веселкин 1982: 4). Тази важна и значима теза ще бъде обект и предмет на други анализи, защото наистина заслужава да се разгърне, особено в контекста на разглежданите тук, а и на други проблеми на съвременната медицина.

ЛИТЕРАТУРА

- Васева-Дикова, Ю. 2017. Философия на медицината – върху някои основни понятия и проблеми. // Бузов, В. и Иванова, А. (съст.) *20 години Философски факултет ВТУ „Св. Св. Кирил и Методий“*. (Сборник). София: Университетско издателство „Св. Св. Кирил и Методий“, 214–227.
- Васева-Дикова, Ю. 2020. Медицинският нихилизъм: философската критика на медицината. Доклад на конференция *Некласически науки и некласическа логика. Наука и псевдонаука*. Варна 16. 09. 2020. Предстояща публикация: Стефанов, А. (ред.) *Некласическа наука. Наука и псевдонаука (2021)* (под печат).
- Василенко, В. Х. 1972. К вопросу о концепции болезни. // *Клиническая медицина*, № 9, 140–146.
- Веселкин, П. Н. 1982. Предословие. // Петленко, В. П. *Основные методологические проблемы теории медицины*. Москва: Издательство „Медицина“.
- Ивков, Б. 2014. Конфликт на интерпретациите в отношенията лекар-пациент. Социологически и етически импликации. // Маринова, Е., Попова, С. (ред.) *Европейските етически стандарти и българската медицина. Сборник статии*. София, БЛС, 354–360.
- Ивков, Б. 2018. „Отборът“ на надеждата. Невроетиката и невросоциологията – бариера пред негативните последици за човека от масовизирането на съвременните технологии. // *Етически изследвания*, бр. 3, кн. 2.
- Саркисов, Д. С. 2000. Некоторые особенности развития медико-биологических наук в последние столетия. // *Клиническая медицина*, № 7, 4–8.
- Циммерман, Я. С., А. С. Димов. 2014. Болезнь как явление природы человека: к пониманию и развитию философского наследия В. Х. Василенко. Часть I. // *Клиническая медицина*, № 3, 10–19.
- Черниговская, Т. 2012. *Свобода воли и нейроэтика*. Лекция нейролингвиста; <https://snob.ru/selected/entry/55396> [ползвана на 2.10.2018].
- Boorse, C. 1993. A Rebuttal on Health. // J. M. Humber, R. F. Almeder (eds). *What is disease?* Totowa–New Jersey, Humana Press.
- Clouser, K. D., C. M. Culver, B. Ger. 2004. Malady: A new treatment of disease. // A. L. Caplan, J. J. McCartney, D. A. Sisti. (eds) *Health, disease, and illness. Concepts in medicine*. Washington, Georgetown University Press, 90–91.
- Gajewski P., R. Jaeschke. 2006. Filozofia EBM. // A. Szczeklik (ed) *Choroby wewnętrzne*. Tom II. Kraków, Medycyna Praktyczna, 2317–2318.

- Hesslow, G. 1993. Do we need a concept of disease? // *Theoret. Med.*, № 14, 1–14.
- Lippman, A. 1991. Prenatal genetic testing and screening: Constructing needs and reinforcing inequities. // *American Journal of Law and Medicine*, Vol. 17, № 1–2, 15–50
- Pellegrino, E. D. 2004. Foreword. Renewing medicine's basic concepts. // A. L. Caplan, McCartney, J. J., Sisti, D. A. (eds) *Health, disease, and illness. Concepts in medicine*. Washington, Georgetown University Press, XI–XIII.
- Сак, J. 2009. Zagadnienie stosowalności filozoficznego pojęcia choroby w medycynie. // *Annales Academiae medicae statinensis Roczniki pomorskiej akademii medycznej w Szczecinie*, Tom 55, № 2, 99–101.
- Stegenga, J. 2018. *Medical Nihilism*. Oxford University Press.

ТРАНСЛИТЕРИРАНА ЛИТЕРАТУРА

- Vasseva-Dikova, Jul. 2017. Filosofia na meditsinata – varhu nyakoi osnovni ponyatia i proble-mi. // Buzov, V. i Ivanova, A. (sast.) 20 godini Filosofski fakultet VTU „Sv. Sv. Kiril i Metodiy“. (Sbornik). Sofia: Universitetsko izdatelstvo „Sv. Sv. Kiril i Metodiy“, 214–227.
- Vasseva-Dikova, Jul. 2020. Meditsinskiyat nihilizam: filosofskata kritika na meditsinata. Doklad na konferenciq Neklasicheski nauki i neklasicheska logika. Nauka i psevdonauka. Varna 16.09.2020// Stefanov, A. (red.) *Neklasicheska nauka. Nauka i psevdonauka (pod pechat-2021)*.
- Vasilenko, V. X. 1972. K voprosu o kontseptsii bolezni. // *Klinicheskaya meditsina*, № 9, 140–146.
- Veselkin, P. N. 1982. Predoslovie. // Petlenko, V. P. *Osnovnye metodologicheskie problemy teorii meditsiny*. Moskva: Izdatelystvo „Meditsina“.
- Ivkov, B. 2014. Konflikt na interpretatsiite v otnosheniyata lekar-patsient. Sotsiologicheski i eticheski implikatsii. // Marinova, E., Popova, S. (red.) *Evropeyskite etichesni standarti i balgarskata meditsina. Sbornik statii*. Sofia, BLS, 354–360.
- Ivkov, B. 2018. „Otborat“ na nadezhdata. Nevroetikata i nevrosotsiologiyata – bariera pred negativnite posleditsi za choveka ot masoviziraneto na savremennite tehnolo-gii. // *Eticheski izsledvania*, br. 3, kn. 2.
- Sarkisov, D. S. 2000. Nekotorye osobennosti razvitiya mediko-biologicheskikh nauk v poslednie stoletia. // *Klinicheskaya meditsina*, № 7, 4–8.
- Tsimmerman, Ya. S., A. S. Dimov. 2014. Bolezny kak yavlenie prirody cheloveka: k poni-maniyu i razvitiyu filosofskogo nasledia V. H. Vasilenko. Chasty I. // *Klinicheskaya meditsina*, № 3, 10–19.
- Chernigovskaya, T. 2012. Svoboda voli i neyroetika. Lektsia neyrolingvista; <https://snob.ru/selected/entry/55396> [polzvana na 2.10.2018].