

## **ПРИРОДНИЧО-НАУКОВІ ОСНОВИ РОЗУМІННЯ ПСИХІКИ В ПРОГРАМАХ І СХЕМАХ ДОСЛІДЖЕНЬ ДУШЕВНОХВОРИХ НА ПОДІЛЛІ В КІНЦІ ХІХ – НА ПОЧАТКУ ХХ СТОЛІТТЯ**

У статті подано теоретичний аналіз природничо-наукового спрямування перших програм та схем дослідження психіки душевнохворого в історії Вінницької психоневрологічної лікарні імені О. І. Ющенко та спроби виявлення диференціації між душевною хворобою і психічним здоров'ям населення, розкриваються завдання консультативної та діагностичної роботи з психічнохворими зазначеного періоду, розглянуто питання про охорону психічного здоров'я населення Поділля в кінці ХІХ – на початку ХХ століття.

**Ключові слова:** психіка, діагностика, психічне здоров'я, душевні хвороби, Поділля, історія психології, психіатрична лікарня.

**Чеканская О. А. Естественные научные основы понимания психики в программах и схемах исследования душевнобольных на Подолье в конце ХІХ – начале ХХ века.** В статье подается теоретический анализ естественно-научного направления первых программ и схем исследования психики душевнобольного в истории Винницкой психоневрологической больницы имени А. И. Ющенко и попытки выявления дифференциации между душевной болезнью и психическим здоровьем населения, раскрываются задания консультативной и диагностической работы с душевнобольными отмеченного периода, рассмотрен вопрос о психическом здравоохранении населения Подолья в конце ХІХ – начале ХХ века.

**Ключевые слова:** психика, диагностика, психическое здоровье, душевные болезни, Подолье, история психологии, психиатрическая больница.

**Chekanska O. A. Natural-Scientific Bases of Psyche Understanding in the Programs and Research Charts of Mentally ill in Podillya at the End of the ХІХ – at the Beginning of the ХХ Century.** The theoretical analysis of natural-scientific direction of the first programs and charts of psyche research of mentally ill in history of the Vinnytsa neuropsychiatric hospital named after O. I. Yushchenko and detection attempts of differentiation between mental affection and psychical health of population, the tasks of consultations and diagnostic work is proposed with mentally ill of the period are highlighted, the question of population's psychic health protection of Podillya at the end of the ХІХ – at the beginning of the ХХ century is considered.

**Key words:** psyche, diagnostics, psychical health, mental illness, Podillya, history of psychology, Psychiatric Hospital.

**Постановка наукової проблеми та її значення.** Вивчення багатоманітних зв'язків сучасної психологічної практики з історичними процесами та їх взаємозв'язків ґрунтовано на проведенні аналізу виникнення цього явища в історії, його головних етапів розвитку і становлення [3, 1–5]. Проблеми психології в Україні досліджено більш активно, ніж її історія. Подолання численних прогалин в історії української психології є одним із найважливіших завдань, які постають перед науковцями сьогодні [4; 5; 12].

**Мета** статті – вивчення діагностичних документів дослідження психіки душевнохворого в історії психології Вінницької психіатричної лікарні імені О. І. Ющенка в кінці XIX – на початку XX століття.

**Аналіз останніх досліджень із цієї проблеми.** Проведений поглиблений аналіз перших матеріалів діагностичних документів дослідження психіки душевнохворого в історії Вінницької психіатричної лікарні імені О. І. Ющенка зазначає, що заходи щодо попередження душевних і нервових захворювань набули вагомого значення у питанні про охорону психічного здоров'я населення Поділля у кінці XIX століття. У цей період число захворювань значно зростало. Лікарі-психіатри помітили, що ці розлади й хвороби належать до тяжких хронічних та тривалих хвороб, і люди, які страждають деякими нервовими і душевними хворобами, не можуть виконувати громадські, суспільні обов'язки. Як стверджує І. П. Мержеєвський: «Вони не вносять вклад у скарбницю суспільного благополуччя і розвитку, а тому збільшення нервових й душевних захворювань неминуче завдає великої шкоди існуючим силам губерній, а саме розумовому, моральному і матеріальному її багатству» [10, 15]. Аналіз архівних матеріалів Вінницької психіатричної лікарні свідчить, що, крім причин, які сприяють появі та розвитку психічних відхилень, у більшості випадків, крім спадковості, необхідно додати наслідки «ненормальних» суспільних умов, зокрема, зловживання алкоголем та негативний вплив навколишнього середовища, у якому знаходиться особистість [6; 11]. Значна кількість душевних хвороб зумовлена спадковістю. Лікарі-психіатри зазначали, що не всі особистості зі схильністю до психозів, могли захворіти на божевілля. У багатьох були ознаки виродження фізичного і морального, які не доходили до душевної хвороби. Це виявлено певними рисами характеру (відсутністю психічної рівноваги, психічної стійкості і протидії), які вирізняли цих особистостей серед здорових людей. Також простежено відсутність здібностей, які є необхідними для правильної суспільної діяльності [15].

Завдання тогочасної діагностики полягало у тому, щоб прийти до чіткого розуміння за спостереженням, зрозуміти та виявити всі деталі й особливості, пов'язати між собою окремі явища у єдине ціле, прослідкувати шлях протікання і виникнення розладів, а також встановити їх причини. М. В. Країнський зазначав: «Лікар має справу не з хворобами, а з душевнохворими, кожен з яких хворіє по-своєму, і якщо в окремому випадку виявиться надзвичайно важливим встановити існування певної хворобливої форми, то не лише важливо знайти ті особливості, а в деяких випадках і різні відхилення, які вносить кожний душевнохворий у встановлені схеми наших підрозділів. У цьому і полягають успіхи наших заходів та подальший прогрес в області знань» [6, 18].

Правильну діагностику ґрунтовано на докладному вивченні, яке містить інформацію про минулий і теперішній стан душевнохворого, а також виявлення їх причин і простеження розвитку. Першим і найбільш вагомим із питань, яке задавали при консультуванні, полягало у тому, чи страждала ця особа психічним розладом, чи може вважатися здоровою. Питання використовували у судовій практиці, щоб в'яснити чи особа є душевнохворою, чи здоровою, а також це питання задавали оточуючим та близьким людям. Для психіатрів лікарні вирішення цього питання пов'язано з низкою інших психологічно практичних питань: чи може дана особа бути самостійною, чи потребує опіки від інших; чи може продовжити навчання, службу, розпоряджатися своїм майном, вступати у шлюб та ін. У практиці Вінницької психіатричної лікарні простежено й такий факт, коли аналогічне запитання ставили собі самі пацієнти, які, помітивши у собі ті чи інші явища, зверталися за допомогою у вирішенні своїх побоювань щодо проявів психічного розладу [14, 1–2].

Узагальнюючи результати психологічної та психіатричної практики ХІХ століття, зазначимо, що у зв'язку з відсутністю різких меж між здоров'ям і хворобою, а також при наявності багатьох перехідних і граничних випадків, діагностика між душевною хворобою і психічним здоров'ям виявляла непереборні ускладнення у їх диференціації. Працівники Вінницької психіатричної лікарні ретельно й всебічно займалися вивченням цих меж, формуючи власні і застосовуючи існуючі діагностичні програми дослідження психічних відхилень та у практичній діяльності лікарні [11].

**Виклад основного матеріалу й обґрунтування отриманих результатів дослідження.** Основу програми і схеми для загального

дослідження психічних розладів у Вінницькій психіатричній лікарні ґрунтовано на таких даних: по-перше, встановлення змін особистості. Окрім вродженого хворобливого стану, психічний розлад розглядали як певний процес, який мав свій початок і відомий хід розвитку. Цей процес змінював особистість душевнохворого, робив її іншою, ніж була вона до захворювання. Тому вважали, що встановлення змін особистості, які починалися з того чи іншого моменту, першою і необхідною умовою для визнання душевних розладів. Оцінюючи зміни, які відбувались в особистості, звертали увагу не на окремі елементарні розлади, а на їх сукупність, приведення окремих симптомів в загальний зв'язок, що дозволяв встановити певну форму відхилення. Точне визначення хвороби чи розладу є другою необхідною умовою виявлення душевного розладу [9; 15]. Виконання цієї діагностичної умови означало вирішення багатьох питань, що нерідко мали велике практичне значення, наприклад, чи становить даний хворобливий стан самостійне психічне захворювання, чи є одним з швидкоплинних симптомів якого-небудь загального процесу – лихоманного стану, отруєння та ін. І в першому, і в другому випадку простежено наявність психічного розладу, але в практичному відношенні становить велику різницю: визначення лихоманного марення, яке може зникнути при зниженні температури, чи психозу, який самостійно розвивається [14]. Порівнюючи ці два варіанти прикладів, директор психіатричної лікарні С. Д. Колотинський стверджував, що потрібно правильно діагностувати психічний розлад, оскільки, чим би він не обумовлювався і яким би він не був короткочасним, його необхідно вважати психічним, а не іншим розладом, – і у практичному відношенні, – наприклад, в питанні переміщення такого душевнохворого в лікарню, вимагав точного розрізнення цих двох категорій [6].

Детально зупинимося на вивченні психіки у програмах і схемах досліджень душевнохворих Вінницької психіатричної лікарні. У всіх випадках в основу діагностики душевного захворювання входило всебічне вивчення даної особистості. Сюди вміщено повний анамнез, якому приділяли важливе значення для виявлення душевних розладів. На ґрунті анамнезу формували чітке уявлення про те, якою була особистість до захворювання, які умови – благополучні чи неблагополучні – впливали на її душевний стан і розвиток, виявляли характерні риси, визначали початок і протікання даного захворювання, а також причини, які сприяли його появі. Наступним детально вивчали

існуючий стан, як психічний, так і фізичний. Звертали увагу на зовнішній вигляд людини (виразні рухи), її роботи (малюнки, рукописи). Проводилися тривалі спостереження, що полягали в оцінці ставлення душевнохворих до інших людей, проведення ними часу наодинці. Вивчали фізичний стан: сон, коливання температури, характер неадекватного прояву поведінки [6; 13; 14]. Досліджуючи психічну діяльність, визначали ступінь збереження свідомості (відношення до оточуючих, здатність до орієнтування, чи вважає себе хворим); настрій, схильність до афектів; зміни інтелектуальної діяльності (марення, галюцинації, пам'ять, процеси асоціацій); прояв вольової діяльності (поведінка хворого, психомоторні розлади). Також враховували і фізичний стан, сон, апетит, судомні випадки та ін. [11].

Дослідження стану здоров'я душевнохворого складалося з загального огляду, спілкування з ним та фізичного дослідження. До загального огляду душевнохворого належав його зовнішній вигляд, який сприймався за цінні вказівки. З першого враження формували уявлення про ступінь виснаження душевнохворого, розрізняли лихоманного хворого, вагітну, алкоголіка і т. п. від добре фізично здорових. Звертали увагу на будову тіла та її відхилення (кіфоз, акромегалія та ін.), на фізичні ознаки дегенерації (неправильна форма черепа, вушних раковин, заяча губа), а також на вираз обличчя, міміку та інші зовнішні прояви (манера тримати себе, рухливість чи скутість, балакучість, специфічність чи неохайність одягу) – все це дозволяло частково скласти уявлення про стан психічної діяльності [6; 14].

Початковий загальний огляд разом із зібраними анамнестичними даними про пацієнта були першими вказівками, як почати та вести з ним розмову, а також визначали реакцію на перше звернення до нього (Як Ваше здоров'я? Як Ви себе почуваєте?). Розмову вважали одним з найбільш важливих засобів проникнення у внутрішній світ душевнохворого і намагалися вести її неоднаково, без шаблонів [2; 6].

Схема дослідження психічної діяльності душевнохворого використовувалася лише як вказівка для характеристики певного стану й аналізу, необхідного для правильного судження про розлад чи хворобу та їх розпізнання і містила визначення стану свідомості, яку вважали опорою при діагностиці душевних розладів. У кожному випадку подільські лікарі визначали ясність свідомості, орієнтацію у навколишньому середовищі (місце, час), ставлення до інших людей, усвідомленість розладу. Це означає, що неправильні відповіді на

запитання: звідки хворий прийшов, де він тепер знаходиться, який сьогодні день, місяць, пора року і т. п. залежать не тільки від розладу свідомості, але й від розладу пам'яті [14]. Досліджуючи душевне відчуття, визначали стан самопочуття, переважаючий настрій, наявність тих чи інших афектів. Крім прямих розпитувань, простежували за мімікою (визначали пригнічений стан, шумливість, страх, піднесений настрій чи повну байдужість). Звертали увагу на стійкість чи мінливість наявного стану, ефективність, коливання його залежно від часу (підвищення чи зниження, схильність до афектів, їх втрата), порушення, а також як низькі органічні, так і високі почуття (любов, моральні почуття, прихильність до рідних і близьких) [2; 6].

Досліджуючи розлади розумової діяльності, працівники Вінницької психіатричної лікарні визначали загальний рівень інтелектуальних процесів, а саме: здатність до сприйняття, пам'ять, процеси асоціацій. У здатності до сприйняття навколишнього середовища (зорового, слухового та ін.) та їх подальшої переробки виявляли спроможність до збереження сприймання, а при її відсутності, з'ясування причин (безсвідомий стан, глибоке зниження інтелекту); правильність, чіткість сприйняття і відповідність дійсності (впізнання) чи спотворення (ілюзорне сприйняття, фантазування); наявність ілюзій, галюцинацій, псевдогалюцинацій, яким органом відчуття вони впливають на психічну діяльність; існування впливу зі сторони загального і м'язового відчуття, у чому вони виражаються і їхній вплив (алегоризація) [14, 25].

У дослідженні пам'яті виявляли здатність до запам'ятовування та здатність до відтворення сприйнятих вражень. Розлади здатності запам'ятовування спостерігали у неспроможності душевнохворих запам'ятати власні імена оточуючих. Також їх виявляли при читанні або при показі картин, які душевнохворі мали запам'ятати і відтворити почуті слова та зображення картин. Здатність до відтворення сприйнятих вражень зазначено при розпитуванні про події, які є досить важливими для душевнохворого – службова діяльність, шлюб, народження дітей, втрата близьких людей, колишні знайомі. Велике значення приділяли послідовності тих чи інших подій та їх періоди у часі [6, 26]. На першій зустрічі з душевнохворим складали уявлення про процеси асоціацій. При спілкуванні виявляли, як здійснюється поєднання у них ідей: сповільнене чи прискорене; схильність поєднувати за звучанням чи за змістом; стереотипність до повтору одних і

тих же слів, зворотів, послідовність мислення чи уривчастість, беззв'язність. Крім швидкості і послідовності, наступним етапом дослідження процесу асоціацій було виявлення їх продуктивності та рівня пізнання зовнішнього світу. У цьому разі орієнтувалися на збереження логічного апарату, здатності утворювати правильні судження і умовиводи, силу та глибину мислення, збереження критики, вплив уяви (фантазія), стійкість розумових операцій, швидкість виснаження. Збереження логічного апарату і отриманих при його проведенні результатів сприяло визначенню ступеня збереження розумової діяльності та виявленню її занепаду. Також при дослідженні процесів асоціацій душевнохворого, крім розмови, використано більш точні способи, які мала експериментальна психологія цього періоду. Ці способи, головним чином, торкалися найбільш елементарних процесів – швидкості і якості асоціацій (поєднання за схожістю, співзвучністю). Лікарі-психіатри Вінницької психіатричної лікарні вважали, що звичайний клінічний метод спроможний дати важливіші і правильніші результати, ніж експериментальний, тому у практичній діяльності їх намагалися не використовувати, але теоретично вивчали [1; 14, 29].

Наступним етапом у загальноприйнятій схемі психічного дослідження душевнохворого є увага, яка була перехідною сходинкою від інтелектуальної до вольової сфери. При цьому визначали існування акту уваги. У пасивній чи активній формі виявлено наскільки вона є стійкою, тривалість її зосередження та відволікання, наявність посиленого напруження уваги у негативний бік (маячні ідеї, больові відчуття) [6; 11].

Розлади вольової діяльності зазначали при спостереженні за мімічними проявами та довільними руховими актами, враховували мовлення. При дослідженні звертали увагу на кількість мимовільних рухів й особливості їх прояву. Кількість рухів виявлялась відхиленням від норми у бік збільшення (посилена рухливість, рухове збудження) та зменшення (уповільненість рухливості, рухове пригнічення). При цьому визначали ступінь відхилення: наскільки значне рухове збудження, чи проявляється воно у збільшенні прагнення до діяльності, чи існує безпосереднє моторне збудження, чи зберігають при цьому рухи психічний і координований характер (співи, танці), виявляються безладними, некоординованими. При руховому пригніченні простежували в'ялість, уповільненість, нерішучість, послаблення за-

гальної рухової енергії, зокрема, чи різко виступає психомоторна загальмованість, яка може доходити до повного припинення рухів. У першому і в другому випадках загальний стан рухових проявів поєднували зі змінами у мовленні (говірливість, мовчанка). За допомогою мови (усної та писемної) психіатри подільської лікарні визначали загальний рівень розвитку душевнохворого, стан його свідомості, правильність сприйняття, зміст маячних ідей, його думки, відчуття і бажання. Швидкість (прискорення, уповільнення), послідовність (беззв'язність, нахили убік), особливості жаргону, зміни граматичних зв'язків, стереотипізація, уповільнення мовних реакцій до повного її припинення – все це є важливими пізнавальними показниками для обговорення швидкості та послідовності асоціативних процесів, ступеня збереження інтелекту, розладу вольової діяльності та ін. Правильність оцінки цих зовнішніх показників поєднували з іншими проявами психічного життя душевнохворого. Ординатор лікарні Л. Ф. Якубович стверджував, що за зовнішніми руховими проявами відображено внутрішній суб'єктивний світ з його відчуттями, думками і потягами, які є його безпосереднім вираженням та слугують єдиним засобом для проникнення у нього і його розуміння [6; 9; 14].

Досліджуючи потяги, визначали їх кількість (збільшення або зменшення), їх перекручування. На практиці виділяли потяги до збереження життя, до їжі і статеві потяги. Потім виявляли вплив на них затримок, швидкість переходу їх у рухові акти, існування насильницьких та імпульсивних потягів [6]. В. П. Сербський зазначає: «Ідеї відчуття і потягів обумовлюють ті складні рухові прояви, сукупність яких поєднують під загальним ім'ям поведінки, яке стоїть у тісному зв'язку з конгломератом, що носить назву особистість» [14, 34]. Тут звертали увагу на вивчення як окремих вчинків, так і всього способу життя у зв'язку з обумовлюючими їх мотивами і тими змінами у них, зумовлені хворобою (ритуал, створений душевнохворими при нав'язливих ідеях, схильність до самотності при меланхолії та ін.). Основні мотиви, які існували у душевнохворого і визначали загальні напрями його поведінки, слугували вказівкою на ті зміни, що мала особистість. Ці зміни особистості, з одного боку, відбувались за допомогою додавання нових елементів, які не входили раніше до її складу (маячні ідеї, зміни відчуття, посилення потягів та ін.), а з іншого – втрата чи послаблення попередніх складових частин, що входили в ядро особистості (послаблення моральних відчуттів і потягів зниження

пам'яті і критики, ін.). До числа основних елементів особистості належить також ступінь навіюваності. У практичному відношенні до важливих змін особистості відносили порушення можливостей до спільного проживання, що зумовлювало до вживання заходів щодо відсторонення душевнохворого із соціального оточення. У розвитку та становленні особистості, крім свідомої діяльності, велике значення належить процесам підсвідомості, які іноді виступають на перший план, обумовлюючи такі яскраві явища, як стан психічного автоматизму [6; 11].

До питань загальної діагностики також відносили і розпізнавання завершення душевної хвороби, діагностику видужання і переходу її у хронічний невиліковний стан, який відносили до змін особистості. Діагностика видужання означала не тільки зникнення хворобливих симптомів, але й відновлення попередньої особистості усім її об'ємом і критичним її відношенням до перенесених розладів [6; 14, 6–7]. А. Н. Бернштейн зазначив, що для кожної окремої душевної хвороби властивий спеціальний характер її протікання та кінець. Одні хвороби виникали залежно від випадкових зовнішніх причин швидко і закінчувалися у короткий термін, з повним одужанням та без наступних наслідків. Інші хвороби від початку одразу могли прогресувати різними темпами. Тому у Вінницькій психіатричній лікарні запроваджено багатостороннє вивчення душевнохворого для визначення його психічного і фізичного стану та визнано необхідність у повторних, багаторазових дослідженнях щодо діагностики та лікування душевнохворих. У лікарні всі отримані дані намагались зберігати не у власній пам'яті персоналу, а фіксувати на листках (відомостях) щоденно для збереження наявних даних протікання душевних хвороб. Це допомагало протягом усього спостереження та лікування порівнювати показники певного часового періоду [2; 11].

Директор Вінницької психіатричної лікарні М. В. Країнський розробив оригінальну на той час медичну документацію, особливу історію хвороби («Скорбний лист») [6, 14–15; 7]. Значний інтерес викликає його програма та схема психічного дослідження душевнохворих, яку частково використовували у практиці Вінницької психіатричної лікарні. Ця програма спрямована на шляхи виявлення і виміру індивідуально психологічних особливостей душевнохворих. Спочатку схема фіксує час і дату проведеного дослідження, ім'я і прізвище хворого, вік, професію, рід заняття, діяльність хворого, його сімейне і суспільне становище, також зазначає, ким проведено до-

слідження. Зазначимо, що програма та схема психічного дослідження душевнохворих М. В. Країнського найбільш повно діагностує їх психічний стан. Але, лікарі Вінницької психіатричної лікарні частіше застосовували загальноприйнятий зразок діагностики визначення рівня психічної діяльності та виявлення душевних хвороб [8].

**Висновки.** Отже, період кінця XIX – початку XX століття на Поділлі відзначається прагненням до об'єктивізації психічних станів, застосуванням фізіологічних методик, використанням літератури, розумінням емоційних проявів поведінки та зовнішніх проявів психічних розладів, що є вирішальним фактором генеруючої дії на розвиток вітчизняної психологічної думки, зокрема на теренах Подільського регіону. Таким чином, вивчення основних напрямків діагностування душевних хвороб дає матеріал для повсякденної психологічної практики та дослідницької думки, яка має актуальне значення для подальшого розвитку української історії психології.

#### *Список використаної літератури*

1. Библиографический указатель работ, выполненных на базе областной психиатрической больницы им. акад. А. И. Ющенко за 75 лет (1987–1972 гг.). – Винница, 1972. – (Центр. наук. б-ка. – Акт № 197 – 3. – № 5 1053–1).
2. Бойно-Родзевич Г. Г. Трудотерапия и метод Симона / Г. Г. Бойно-Родзевич // Проблемы орг. психиатр. помощи. – Киев : [б. и.], 1935 – С. 190–198.
3. Быкова Л. А. Философские и естественнонаучные основы психологии : учеб. пособие в помощь изучающим курс / Л. А. Быкова. – М. : Профиздат, 1966. – 27 с.
4. Данилюк І. В. Історія психології в Україні: Зах. регіони (остання чверть XIX – перша половина XX століття) / І. В. Данилюк. – К. : Либідь, 2003. – 152 с.
5. Іванова О. Ф. Історія психології XIX–XX століття (на матеріалі розв. психології на Слобожанщині) : навч. посіб. / О. Ф. Іванова. – Х. : ХДУ, 1995. – 120 с.
6. Клочко В. Л. Вінницька психоневрологічна лікарня ім. акад. О. І. Ющенка 1897–1997 : іст. нарис / В. Л. Клочко. – Вінниця : РВВ ВАТ «Віноблдрукарня», 1997. – 136 с.
7. Краинский Николай Васильевич : личное дело № 824 Украинского НИИ клин. и эксперимент. неврологии и психиатрии (нач. 2.06.1947 г., оконч. 19.07.1951 г.). – Харьков : [б. и.]. – 44 с.
8. Краинский Н. В. Программа и схема психического исследования душевнобольных / Н. В. Краинский. – Борисполь : Скоропечатная «Труд». – 1916.
9. Марцинковская Т. Д. История психологии / Т. Д. Марцинковская, А. В. Юревич. – М. : Гардарики, 2008. – 413 с.

10. Мержеевский И. П. Об условиях благоприятствующих развитию душевных и нервных болезней в России и о мерах, направленных к их уменьшению / И. П. Мержеевский. – СПб. : Тип. М. М. Стасюлевича, 1887. – 25 с
11. Никольский А. В. Винницкая окружная лечебница / А. В. Никольский // Психиатр. параллели. Отчет о науч. командировке в октябре–декабре 1912 года. – М. : [б. и.], 1913. – С. 9–11, 57–59, 142.
12. Пивоварчик І. М. Історія становлення психологічних наукових шкіл на Півдні України (XIX–XX ст.) : дис. ... канд. психол. наук : 19.00.01 / І. М. Пивоварчик. – Одеса, 2006. – 296 с.
13. Роменець В. А. Історія психології XIX – початку XX століття : навч. посіб. / В. А. Роменець. – К. : Вища шк., 1995. – 614 с.
14. Сербский В. Распознавание душевных болезней / В. Сербский. – М. : [б. и.], 1906. – 48 с.
15. Сикорский И. А. Об успехах медицины в изучении явлений психического мира / И. А. Сикорский. – СПб. : Тип. М. М. Стасюлевича, 1889. – 21 с.