

ПОВЕДЕНИЕ И ЛИЧНОСТЬ, ЛИЧНОСТЬ И ПОВЕДЕНИЕ:
ТРАДИЦИИ, ОБЩЕЕ И РАЗЛИЧНОЕ

Геннадий Николаевич Носачев, Игорь Геннадьевич Носачев

Самарский государственный медицинский университет, клиники Самарского государственного
медицинского университета, кафедра психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии,
443099, Самара, ул. Чапаевская, 89, e-mail: nosachev.g@mail.ru

Реферат: В статье обсуждаются психические, поведенческие и личностные расстройства в структуре МКБ-10, отечественной психиатрии с позиций методологии науки, этологии, в частности невербального поведения. На примере депрессий и пьянства водителей показаны возможности исследования невербального поведения для диагностики, в частности «мимика – поза – жесты». Разбираются возможности осмысления соотношений поведения – личности и личности и поведения, в частности в наркологии.

Ключевые слова: поведение (этология, невербальное поведение), личность, соотношение, депрессии, пьянство водителей, наркология, психиатрия.

BEHAVIOR AND PERSONALITY, PERSONALITY
AND BEHAVIOR: TRADITIONS, COMMON AND DIFFERENT

Gennady N. Nosachev, Igor G. Nosachev

Samara state medical University, clinics of Samara state medical
University, Department of psychiatry, narcology, psychotherapy
and clinical psychology, 443099, Samara, Chapaevskaya str., 89,
e-mail: nosachev.g@mail.ru

The article discusses mental, behavioral and personal disorders in the ICD-10 structure of domestic psychiatry from the standpoint of the methodology of science, ethology, in particular nonverbal behavior. On the example of depression and drunkenness of drivers the possibilities of studying non – verbal behavior for diagnosis, in particular “facial expressions – posture-gestures” are shown. Possibilities of understanding the relationship of behavior-personality and personality and behavior are considered, in particular in addiction.

Key words: behavior (ethology, nonverbal behavior), personality, correlation, depression, drivers ‘ drunkenness, narcology, psychiatry.

Почти три десятка лет психиатрическая общественность пользуется главой V (F) «Психические и поведенческие расстройства» Международной классификации болезней 10 пересмотра [8], где психические и поведенческие расстройства разведены как самостоятельные. Можно было ожидать, что в комментариях, клинических описаниях и указаниях по диагностике будут даны критерии их разграничения, но они отсутствуют среди общих проблем терминологии. Проблема еще больше углубляется, если вспомнить о личностных расстройствах (F6 «Расстройства зрелой личности и поведения взрослых»). Можно предположить, что указанные термины хорошо описаны в общей психопатологии, но их там нет, как нет и в наци-

ональном руководстве «Психиатрия» [18]. Обратимся к терминологическим словарям. Только у В.А. Жмурова в «Большом толковом словаре терминов психиатрии» есть термин «Поведение – родовой термин, охватывающий движения, действия, поступки, деятельность, другие процессы и реакции организма». Но автор уклонился от определения термина «личность», заменив его понятием «структура личности» в представлениях ряда отечественных психологов [1].

В.Д. Менделевич, неоднократно поднимавший данные вопросы, в остро полемической статье [11] пишет: «Известно, что любая диагностическая процедура не просто констатирует, что конкретное психическое или поведенческое отклонение можно считать проявлением нездоровья, но и то, что его носитель из девианта или маргинала превращается в «полноценного» пациента, получая «преимущества больного, вместо социального отторжения (эксклюзии) и дискриминации он обретает статус «страдающего» и нуждающегося в медицинской помощи» [11]. И далее: «Он (путь на включение различных поведенческих девиаций) не привел к повышению эффективности медико-центрированной помощи «новым пациентам», не защитил их от стигматизации, не улучшил отношение общества к психиатрии. Пришло время сменить научную парадигму» [11].

Из всех нейронаук кризис особенно ярко проявляется в психиатрии как в междисциплинарной науке, смежной между медициной и психологией [12], так как она быстро подпадает под влияние философии постмодерна, вслед за другими гуманитарными (аксиологическими) науками (от чего свободны, к счастью, другие медицинские (биологические) науки (метанауки).

Целью статьи является методологический анализ поведенческих и личностных расстройств (на примере депрессии и алкоголизма) для клинической и социальной психиатрии и наркологии с позиций методологии и философии науки под скрытым влиянием философии постмодерна.

Приведем несколько общих методологических замечаний. Существует общая методология философии науки и есть методология конкретной науки, в частности, психиатрии. При этом следует помнить, что изначально психиатрия является смежной наукой (между биологической медициной и психологией,

социологией). Смежными (междисциплинарными) являются и основные разделы психиатрии, и смещение их в ту или иную сторону (биологизации или психологизации) усиливает кризис и может сделать его деструктивным. Способствует кризису психиатрии с поглощением психиатрической диагностики и лечением психических расстройств и практическая деятельность отечественных неврологов [18], т.е. «экспансия неврологов в психиатрию». Последнюю пытаются растворить в «болезнях мозга», подменить клинко-психопатологическую диагностику на клинко-психологическую (опросники, тесты, шкалы), по-видимому, забывая, что специалистами в этом методе являются клинические психологи.

Весьма образно о методологии писал отечественный философ В.А. Канке [2, 3]: «Ратую за такую методологию научного познания, которая, опираясь на достижения суб- и метанаук, достигает этических высот» [3].

Вернемся к психиатрии как к основной науке, предметом которой является патология психической деятельности человека (индивида, субъекта, пациента, личности). При этом психика человека рождается с появлением индивида и становится психической деятельностью субъекта и личности, а расстройства поведения наблюдаются в любом периоде жизни (от младенчества до старости). Основное отличие живого от неживого – наличие поведения, но наиболее сложные виды поведения (деятельности) присущи зрелой личности.

В МКБ-10 [8] понятия «патология», «болезнь», «дезадаптация» объединены термином «расстройство», который обобщает синдромальный и нозологический, поведенческий, личностный, динамический подходы из разных международных классификаций, т.е. априори МКБ-10 носит эклектический характер, а, следовательно, неудивительно и отсутствие единой методологии, кроме клинко-статистической, так необходимой ВОЗ. Как образно заметил В.А. Точилев, анализируя МКБ-10 [18], ее следовало бы назвать Международной классификацией расстройств (МКС). Помимо термина «расстройство» в МКБ-10 как дополнительные используются «дисфункции» и «повреждения». Этот упрощенческий (однообразный) подход обедняет (создает «парадоксы» по В.Д. Менделевичу) [9–11, 20], создает терминологические проблемы (терминологический хаос по Крылову) [6].

Этология (учение о поведении) человека, как самостоятельная наука, сформировалась во второй половине XX века, преимущественно развиваясь как сравнительные кросс-культуральные исследования поведения человека в традиционных (архаических) культурах. «Вся методическая база, а также фактические исследования в области этологической психиатрии в основном были созданы в содружестве крымских психиатров и антропологов МГУ с 1985 по 1996 гг.» [21], а развитие А.Н. Корнетовым [4, 5] и В.П. Само-

хваловым направление [20, 21] позволило говорить в клинко-этологическом методе в психиатрии. Параллельно в психологии разрабатывались такие проблемы, как «внешний облик» (Бодалев А.А., 1981, 1994; Панферов В.Н. 1975, 1987), «невербальная коммуникация» (кинесика) (Матехин В.Х., 1976), «невербальное общение» (Андреева Г.М., 1980; Ковалев Г.А., 1989; и др.), «невербальное поведение» (Лабунская В.А., 1986–1990).

Соглашаясь или не соглашаясь с выделением клинко-этологического метода, следует отметить, что к настоящему времени сложился двойственный подход к расстройству поведения в психиатрии: первый – расстройства поведения в структуре основных психопатологических синдромов, второй – попытка выделения самостоятельных поведенческих синдромов при разных нозологиях, но оба подхода являются междисциплинарными. Следует согласиться с авторами в том, что необходимо более подробно и тщательно исследовать возможности учёта невербального поведения (далее – НП) для диагностики, дифференциальной диагностики, течения и прогноза психических заболеваний.

«Методология этологических исследований предлагает два пути: а) поведение можно рассматривать в каналах коммуникации (ольфакторное, аудиальное, визуальное, тактильное, социальное). При этом фиксируется либо каждый из каналов, либо сразу несколько каналов. Такая запись поведения (этограмма) аналогична музыкальной партитуре и доступна математическому анализу...; б) поведение можно рассматривать по аналогии с речью, т.е. как особый язык невербального общения. Тогда оно складывается из единиц (признаков), групп единиц (паттернов) и сложных форм (контекстов), под которыми понимают биологический смысл поведения (комфортное, агонистическое поведение, поведение сна, миграционное и т.д. Этограммы данного типа часто предполагают одновременные записи динамики мимики, позы, жеста, вокала» [21].

Опираясь преимущественно на второй вариант методологии клинко-этологии в психиатрии, авторы статьи с сотрудниками [13–16] предприняли изучение НП при эндогенных и психогенных депрессивных синдромах [13] и при различных вариантах алкогольного опьянения [14–16].

Шкалы поведенческой дифференциальной диагностики депрессий, базирующиеся на учёте НП пациентов, были предложены J. Pedersen (1988). Наиболее распространённые шкалы для оценки депрессий и тревоги А. Hamilton (1967). А. Montgomery, М.А. Asberg (1979) и другие практически не содержат в своей структуре оценки невербального поведения. В то же время ещё не исчерпаны все возможности учёта НП при депрессивных состояниях, вопросы динамических взаимоотношений собственно депрессивного аффекта и других психопатологических феноменов, включая феномены НП при депрессивных состояниях, особенно

в процессе терапии и обратного развития психопатологических симптомов. Не ясна до конца также прогностическая роль НП при депрессии в плане влияния его (НП) на результаты терапии. Малоизученным остается также поведенческий генез синдромов с ведущим депрессивным аффектом. Наблюдаемое видоизменение клинической картины депрессий, неоднородность научных взглядов на нозологическую специфичность этих состояний затрудняет возможность установления специфических клинито-этиологических признаков эндогенных и психогенных депрессий, их типологию, динамику, прогноз и профилактику с опорой на наши исследования [14].

Для изучения клинито-этиологических особенностей депрессивных эпизодов использовалось экспериментальное наблюдение с жестко фиксированными средовыми условиями с выделением уровней поведения (Панов Е.Н., 1978); а) элементарных единиц поведения, единиц двигательных актов; б) простых комплексов поведения; в) сложных комплексов поведения, ансамблей поведения на основе глоссария по исследованию НП человека (Самохвалов В.П., 1987, 1994, 2000–2016; Коробов А.А., 1990, 1991).

Установлено [14], что для простых форм поведения при депрессивном эпизоде характерно увеличение индивидуального расстояния, отсутствие приветствия на расстоянии, боковая позиция в ориентации; гипомимия, сопряженная со страданием, виной, печалью; диссоциированные формы улыбки; избегание глазного контакта; жесты покорности, отстраненности, латентной тревоги. Из сложных форм поведения при депрессивном эпизоде отмечается сон с проявлениями печальной или тревожной мимики, скорби и тенденцией к эмбриональной позе; походка вялая, замедленная, нередко угловатая, лишенная грации; мало внимания уделяется одежде, грумингу с тенденцией к стереотипизации; имеет место снижение или частичный отказ от приёма пищи с изменением его формы и скорости, предпочтительности пищи; минимизация комфортного, поискового и территориального поведения; снижение или временное отсутствие внимания и контакта. По отношению к нозологической принадлежности депрессии отмечаются наименьшие различия в невербальном поведении. Тем не менее, такие различия выявляются между психогенными и эндогенными депрессиями.

Для больных с эндогенными депрессиями в НП характерны складка Верагута, согбенные плечи и опущенные головы, снижение или отсутствие соотнесенности и гармоничности жестового, мимического и локомоторного компонентов моторики, тенденция к подчинению. При психогенных депрессиях отсутствуют поведенческие расстройства, свойственные эндогенным депрессиям. Для них более характерны гармоничность и зависимость мимических, жестовых локомоторных компонентов не только от аффекта, но и от личностных реакций и затрагивания психотравми-

рующей ситуации. Наиболее отчетливые особенности НП отмечаются при «классических» депрессивных синдромах (тоскливая, тревожная, апатическая).

Тоскливая депрессия проявляется страдальческим, скорбным взглядом, печальными бровями со складкой Верагута, морщинами на лбу, сжатым ртом, прикусом губы; мимикой страдания, вины, стыда, беспомощности, задумчивости; жестами покорности, задумчивости, раздумья, подчинения, сосредоточения; скованной, вялой походкой, вынужденной стереотипной позой рук, пальцев, снижением груминга и аутогруминга. При тревожной депрессии – мечущийся печальный взгляд, сведенные брови, опущенные углы рта, полуоткрытый рот, мимика внимания, непонимания, напряженности, беспомощности, жесты латентной тревоги, отвращения, жесты-акценты; позы Наполеона, Давида, подчинения, агрессии, сосредоточения, наездника; беспокойные руки, особенно пальцы, подрагивают, перебирают друг друга, сжимаются и разжимаются; в моторике плеч, туловища, конечностей отмечаются вздрагивания, суетливость, дисгармоничность и несочетанность движений. Апатическая депрессия сопровождается позами подчинения, раздумья, сосредоточенности, кучера, безразличия; «пустым» взглядом в сторону, хоботковыми элементами мимики; открытым (полуоткрытым) ртом; мимикой безразличия, непонимания, гипомимией; жестами покорности, отстранения; замедленной, асимметричной моторикой; снижением или отсутствием соотнесенности и гармоничности жестового, мимического и локомоторного компонентов моторики, обилием стереотипных движений, включая груминг; избегание прикосновений и реагирования на посторонние воздействия.

Приведем отдельные данные, полученные нашими сотрудниками [14, 15] по НП на основе сравнительного сопоставления взаимосвязи психологических и клинито-этиологических особенностей невербального поведения (НП) у лиц, проходивших медицинское освидетельствование на состояние алкогольного опьянения (легкая степень опьянения). Были выделены типичная и атипичные формы алкогольного опьянения. К типичной форме было отнесено острое простое (эйфорическое) алкогольное опьянение (60 освидетельствуемых). К атипичным – дисфорическая, дистимическая (депрессивная), маниакальная (маниакальноподобная), истерическая формы алкогольного опьянения.

Все варианты опьянения характеризовались увеличением общего количества мимических комплексов в НП по сравнению с контрольной группой. По мере убывания количества общего числа мимических комплексов можно было выстроить варианты следующим образом: истерический, эйфорический, дисфорический, маниакально-подобный и дистимический. А по многообразию мимических комплексов выстраивался следующий ряд: истерический, эйфоричес-

кий, контрольная группа, маниакально-подобный, дистимический и дисфорический. Таким образом, имелось четкое расхождение количества мимических комплексов и их многообразия.

Сравнение вариантов опьянения по общему количеству жестов в изученных группах можно было выстроить в следующий ряд: эйфорический, истерический, дисфорический, маниакально-подобный, дистимический и контрольная группа; а по многообразию жестов – истерический, дистимический, эйфорический, маниакально-подобный, дисфорический и контрольная группа.

Если сравнивать общее количество и многообразие в комплексе «поза – мимика – жест», взяв за основу соотношение в контрольной группе, то можно выделить гармоничное (типичное) и дисгармоничное (атипичное) соотношение. К типичному комплексу можно отнести эйфорический вариант опьянения, которой по позам соотносится количественно с контрольной группой, а по мимике и жестам значительно, но достаточно ровно повышено. Истерический вариант по исследуемому комплексу также можно считать типичным, хотя по общему количеству в два раза выше, чем при эйфорическом варианте. Атипичность комплекса формировалось, с одной стороны, общим количеством единиц комплекса по сравнению с типичным, в частности эйфорическим, а с другой – уменьшением многообразия. К ним отнесены маниакально-подобный, дисфорический и дистимический варианты.

Отдельные варианты анозогнозии алкогольного опьянения у освидетельствуемых носят преимущественно ситуационный характер как проявление различных механизмов психологических защит [1, 7, 13]. Именно развитость у личности тех или иных вариантов психологических защит нарушает совладание и прогнозирование личностью последствий своего диссоциального поведения. Критика к состоянию, критичность – это категории не столько синдромальные, не клинические, хотя частично и входят в них, сколько когнитивно-познавательные, в большей степени морально-этические, общепсихологические, – влияющие на организацию поведения. Так, Б.В. Зейгарник определяла критичность как «умение обдуманно действовать, проверять и исправлять свои действия в соответствии с объективными условиями» [7]. Аналогичного мнения придерживался И.А. Кудрявцев с соавт. [7], считавший, что феномен критичности определяет сбалансированность психики и адекватность поведения складывающимся ситуациям.

Итак, расстройства поведения (невербального в виде элементарных и простых движений, реже сложных форм) той или иной частоты входят в структуру всех психопатологических синдромов. На примере основных депрессивных синдромов показаны двигательные различия, преимущественно в соотношения

«мимика – жесты – поза», которые могут служить дополнительными данными для диагностики и дифференциации вариантов депрессий. Что касается других психопатологических синдромов, то исследования НП носят случайный характер. Соотношения «поведение – синдром – личность» в общей психопатологии практически отсутствуют и частично разрозненно появляются в частной психиатрии, особенно в наркологии.

Еще Г. Олпорт в 1937 году, предложив более 50 определений личности, остановился на том, что, прежде всего, личность – это динамическая организация в человеке тех психических и физиологических систем, которые определяют его мышление и поведение. Причем последнее рассматривается как ведущее, определяющее качество личности. Но в единстве и гармонии они нередко не проявляются, в частности в ситуации опьянения. С этим трудно согласиться, так как в дефиниции «личность» преобладают «множество черт», «система конструкторов», «система личностных смыслов», «субъект отношений», «социальное качество в человеке», реже – «деятельность Я-субъекта», «определенный тип (сочетание типов), связанный с определенными характерными особенностями поведения и т.д., включая разделение психологии личности и персонологии как науке о личности (а не о поведении – Г.Н.).

В.Я. Семке отмечает, что персонология – это учение о больной и здоровой личности, которое призвано изучать теоретико-методологические, психологические, социологические, нейрофизиологические механизмы гармоничной, сбалансированной, здоровой личности (общая персонология), а также условия функционирования человеческого организма в болезненно-стесненных обстоятельствах психопатологических феноменах искаженной личности (клиническая персонология) [22].

Таким образом, в частности, исследователи в наркологии достаточно произвольно пользуется понятиями «аддиктивная личность» и «аддиктивное поведение», чаще всего как аналогами, а между тем личность включает в себя поведение, но не сводится к нему. В «Руководстве по аддиктологии» В.Д. Мендлевич относит к аддиктивным расстройствам F1 «Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психоактивных веществ» [19], чего нет в МКБ-10 [8], как нет и четко выделенных поведенческих синдромов. Собственно поведенческие синдромы (сложные формы поведения) в МКБ-10 отражены в рубриках F5, F63, F64, F65, F91.2, F98.4 и только в F60.7 («Зависимое расстройство личности») среди критериев практически отсутствуют поведенческие симптомы и синдромы, а преобладают расстройства мышления.

А если сюда добавить терминологию девиантологии, социальной и судебной психиатрии, то проблема соотношений «поведение – личность» и «личность – поведение» станет еще более запутанной и плохо разработанной и изученной. Это не помешало отече-

ственному психологу М.Г. Ярошевскому в монографии «Наука о поведении: русский путь» (1996), с одной стороны, назвать ее репрессивной наукой, а с другой – предложить системный подход к изучению поведения – «организм – поведение – сознание» (личности – Г.Н.) [23]. Именно системный подход при четко выстроенной методологии позволяет надеяться на дальнейшее решение проблемы «поведение – личность» и «личность – поведение».

ЛИТЕРАТУРА

1. Жмуров В.А. Большой толковый словарь терминов психиатрии. Элиста, 2010. 864 с.
2. Канке В.А. Общая философия науки. М.: Омега-Л, 2009. 354 с.
3. Канке В.А. Методология научного познания. М.: Омега-Л, 2013.
4. Корнетов А.Н., Самохвалов В.П., Коробов А.А., Корнетов Н.А. Этология в психиатрии. Киев, 1990. 322 с.
5. Коробов А.А. Клинико-этологический метод: автореф. дисс. ... докт. мед. наук. М., 1991. 38 с.
6. Крылов В.И. Клиническая психопатология и доказательная медицина (проблема методологии диагноза) // Психиатрия и психофармакотерапия. 2011. №4. С. 9–13.
7. Кудрявцев И.А., Сафьянов Ф.С., Тхостов А.Ш., Савина О.Ф. Структурно-иерархическая организация самооценки у аномальных (психопатических) личностей в кризисной ситуации // Психологический журнал. 1991. № 3. С. 57–67.
8. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. [Пер. на рус. под ред. Ю.Л. Нуллера и С.Ю. Циркина]. СПб: АДДИС, 1994. 300 с.
9. Менделевич В.Д. Проблема дифференциации психопатологических расстройств и поведенческой патологии (на модели физиологически обусловленных расстройств волевой регуляции) // Российский психиатрический журнал. 2013. № 5. С. 54–60.
10. Менделевич В.Д. Наркология в зеркале психиатрии // Вопросы наркологии. 2016. № 5–6. С.123–136.
11. Менделевич В.Д. Больничный по педофилии и инвалидность по наркологии. // Неврологический вестник. 2017. № 3. С. 5–10.
12. Незнанов Н.Г., Морозов П.В., Мартынихин И.А. «Куда идешь?» // Психиатрия и психофармакотерапия. 2011. №4. С. 2–9.
13. Носачев И.Г. Клинико-этологическая дифференциация эндогенных и психогенных депрессий в процессе терапии: автореф. дисс. ... канд. мед. наук. Оренбург, 2004. 22 с.
14. Носачев Г.Н., Киселева Ж.В. Поведенческие расстройства при типичном и атипичных вариантах алкогольного опьянения у лиц, проходящих медицинское освидетельствование // Наркология. 2011. №8. С. 66–71.
15. Носачев Г.Н., Киселева Ж.В. Анозогнозия алкогольного опьянения при медицинском освидетельствовании // Наркология. 2012. № 6. С. 55–59.
16. Носачев Г.Н. Наркология с позиций философии науки и деятельности // Неврологический вестник. 2016. № 4. С. 77–81.
17. Носачев Г.Н. Синдром деменции в понимании неврологов и психиатров (методология диагноза). Научный обзор // Российский психиатрический журнал. 2017. № 5. С. 41–48.
18. Психиатрия: национальное руководство [под ред. Т.В. Дмитриевой, В.Н. Краснова, Н.Г. Незнанова, В.Я. Семке, А.С. Тиганова]. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. 1000 с.
19. Руководство по аддиктологии [Под ред. проф. В.Д. Менделевича]. СПб: Речь. 2007. 768 с.

20. Самохвалов В.П. История души и эволюция помешательства. Сургут, 1994. 287 с.
21. Самохвалов В.П. Клинико-этологический метод в психиатрии // Российский психиатрический журнал. 2006. №3. С. 28–38.
22. Семке В.Я. Основы персонологии. М.: Академический проект, 2001. 476 с.
23. Ярошевский М.Г. Наука о поведении: русский путь. Воронеж: ИПО «МОДЭК», 1996. 380 с.

REFERENCES

1. Zhmurov V.A. *Bol'shoi tolkovyi slovar' terminov psikhiiatrii*. Elista, 2010. 864 p. (in Russian)
2. Kanke V.A. *Obshchaya filosofiya nauki*. Moscow: Omega-L, 2009. 354 p. (in Russian)
3. Kanke V.A. *Metodologiya nauchnogo poznaniya*. Moscow: Omega-L, 2013. (in Russian)
4. Kornetov A.N., Samokhvalov V.P., Korobov A.A., Kornetov N.A. *Etologiya v psikhiiatrii*. Kiev, 1990. 322 p. (in Russian)
5. Korobov A.A. *Extended abstract of MD dissertation (Medicine)*. Moscow, 1991. 38 p. (in Russian)
6. Krylov V.I. *Psikhiiatriya i psikhofarmakoterapiya*. 2011. №4. pp. 9–13. (in Russian)
7. Kudryavtsev I.A., Safuanov F.S., Tkhostov A.Sh., Savina O.F. *Psikhologicheskii zhurnal*. 1991. № 3. pp. 57–67. (in Russian)
8. *Mezhdunarodnaya klassifikatsiya boleznei (10-i peresmotr). Klassifikatsiya psikhicheskikh i povedencheskikh rasstroistv. Klinicheskie opisanija i ukazaniya po diagnostike*. [Per. na rus. pod red. Yu.L. Nullera i S.Yu. Tsirkina]. St.Petersburg: ADDIS, 1994. 300 p. (in Russian)
9. Mendelevich V.D. *Rossiiskii psikhiiatricheskii zhurnal*. 2013. № 5. pp. 54–60. (in Russian)
10. Mendelevich V.D. *Voprosy narkologii*. 2016. № 5–6. pp.123–136. (in Russian)
11. Mendelevich V.D. *Nevrologicheskii vestnik*. 2017. № 3. pp. 5–10. (in Russian)
12. Neznakov N.G., Morozov P.V., Martynikhin I.A. *Psikhiiatriya i psikhofarmakoterapiya*. 2011. №4. pp. 2–9. (in Russian)
13. Nosachev I.G. *Extended abstract of PhD dissertation (Medicine)*. Orenburg, 2004. 22 p. (in Russian)
14. Nosachev G.N., Kiseleva Zh.V. *Narkologiya*. 2011. №8. pp. 66–71. (in Russian)
15. Nosachev G.N., Kiseleva Zh.V. *Narkologiya*. 2012. № 6. pp. 55–59. (in Russian)
16. Nosachev G.N. *Nevrologicheskii vestnik*. 2016. № 4. pp. 77–81. (in Russian)
17. Nosachev G.N. *Rossiiskii psikhiiatricheskii zhurnal*. 2017. № 5. pp. 41–48. (in Russian)
18. *Psikhiiatriya: natsional'noe rukovodstvo* [pod red. T.V. Dmitrievoi, V.N. Krasnova, N.G. Neznakova, V.Ya. Semke, A.S. Tiganova]. Moscow: GEOTAR-Media, 2009. 1000 p. (in Russian)
19. *Rukovodstvo po addiktologii* [Pod red. prof. V.D. Mendelevicha]. St.Petersburg: Rech'. 2007. 768 p. (in Russian)
20. Samokhvalov V.P. *Istoriya dushi i evolyutsiya pomeshatel'stva*. Surgut, 1994. 287 p. (in Russian)
21. Samokhvalov V.P. *Rossiiskii psikhiiatricheskii zhurnal*. 2006. №3. pp. 28–38. (in Russian)
22. Semke V.Ya. *Osnovy personologii*. Moscow: Akademicheskii proekt, 2001. 476 p. (in Russian)
23. Yaroshevskii M.G. *Nauka o povedenii: russkii put'*. Voronezh: IPO «MODEK», 1996. 380 p. (in Russian)

Поступила 17.09.18.