

УДК 159.923:616.89-008.441.3

ОЦІНЮВАННЯ РІВНЯ СУБ'ЄКТИВНОГО КОНТРОЛЮ ОСІБ, ЗАЛЕЖНИХ ВІД ОПІОЇДІВ, І СПІВЗАЛЕЖНИХ БАТЬКІВ

Литвинчук Л.М., к. психол. н.,
старший науковий співробітник,
старший науковий співробітник
лабораторії психології соціально дезадаптованих неповнолітніх
Інститут психології імені Г.С. Костюка
Національної академії педагогічних наук України

У статті подано результати емпіричного дослідження оцінювання рівня суб'єктивного контролю в різних життєвих ситуаціях залежних осіб від опіоїдів, тобто визначення схильності приписувати відповідальність за результати своєї діяльності зовнішнім обставинам чи власним здібностям і зусиллям. Наводиться порівняльна оцінка показників рівня суб'єктивного контролю досліджуваних і співзалежних батьків. Установлено, що для залежних від опіоїдів властиві низький рівень суб'єктивного контролю, знижене почуття особистої відповідальності за власні невдачі, сімейні та виробничі відносини.

Ключові слова: вибірка, клініко-психологічне обстеження, рівень суб'єктивного контролю, співзалежні батьки, залежні від опіоїдів, статистичні дані.

В статье представлены результаты эмпирического исследования оценки уровня субъективного контроля в разных жизненных ситуациях зависимых лиц от опиоидов, т. е. склонности приписывать ответственность за результаты своей деятельности внешним обстоятельствам или собственным способностям и усилиям. Приводится сравнительная оценка показателей уровня субъективного контроля испытуемых и созависимых родителей. Установлено, что зависимым от опиоидов присущи низкий уровень субъективного контроля, пониженное чувство личной ответственности за свои неудачи, семейные и производственные отношения.

Ключевые слова: выборка, клинико-психологическое обследование, уровень субъективного контроля, созависимые родители, зависимые от опиоидов, статистические данные.

Litvinchuk L.M. EVALUATION OF SUBJECTIVE CONTROL OF PERSONS DEPENDENT ON OPIOIDS AND CODEPENDENT PARENTS

The paper presents the results of empirical research assessing the level of subjective control in different life situations of people dependent on opioids, ie determining the propensity to attribute responsibility for their activities or circumstances outside their own abilities and efforts. An evaluation of the relative level of subjective control subjects and codependent parents. It is established that dependent on opioids inherent low level of subjective control, reduced sense of personal responsibility for their own failures, family and industrial relations.

Key words: sampling, clinical and psychological examination, level of subjective control, codependent parents, dependent on opioids statistics.

Постановка проблеми. Наркотична залежність залишається домінуючою не тільки в Україні, а й у багатьох країнах світу. Епідемічна поширеність наркотичної залежності, її популяційна масштабність і вітальний характер створюють реальну загрозу здоров'ю нації й дають змогу, на думку багатьох авторів, зарахувати вирішення завдань щодо мінімізації рівня залежності від наркотиків до провідних. Тому вельми актуальним у теоретичному та практичному планах є вивчення психологічних особливостей і психосоціального функціонування залежних з метою розроблення психологічної реабілітації цих осіб.

Ступінь розробленості проблеми. В емпіричному дослідженні залежних від опіоїдів ми використовували методику оцінювання рівня суб'єктивного контролю в

різних життєвих ситуаціях, тобто визначення схильності особи приписувати відповідальність за результати своєї діяльності зовнішнім обставинам чи власним здібностям і зусиллям. Методика створена Є.Ф. Бажіним, Е.А. Голінкіною, О.М. Еткіндом у 1984 році на основі відомої шкали локус контролю Дж. Роттера.

Ця методика має суттєві відмінності порівняно з останньою. Методика Дж. Роттера базувалася на теоретичному положенні, згідно з яким локус контролю, властивий певному індивіду, універсальний у будь-яких ситуаціях [1]. Один і той самий тип контролю характеризує поведінку особи в усіх випадках. Тому шкала Дж. Роттера є одномірною, в ній є лише один показник «інтернальність-екстернальність» локус контролю. Методика «Рівень суб'єктивного



контролю» передбачає, що спрямованість суб'єктивного контролю в однієї й тієї самої людини в різних ситуаціях може варіювати. Тому в опитувальник включено низку показників (шкал), що вимірюють локус контролю в різних життєвих сферах:

Мета статті – викласти експериментальні дослідження, спрямовані на визначення особистісних особливостей залежних від опіодів, а саме рівень суб'єктивного контролю вказаних досліджуваних і співзалежних батьків.

Виклад основного матеріалу. Ретельне формування вибірки й підготовча робота відігравали значну роль на першому етапі дослідницької діяльності. Під час роботи з наркозалежною особистістю завдання діагностики можна об'єднати в три відносно автономні блоки, що мають науково-дослідний, клінічний і просвітницько-розвивальний напрями діяльності. Пролонгований характер процесу реабілітації, а також неоднозначність його результату ставлять перед діагностом питання:

- визначення факторів – внутрішньоособистісних, міжособистісних тощо;
- на якій стадії реабілітації ці фактори стають провідними, який процес їх зміни;
- на які особистісні особливості наркозалежної особи необхідно звернути увагу, щоб підвищити ефективність психотерапії;
- як організувати індивідуальну роботу.

Науково-дослідницький напрям пов'язаний із пошуком як загальних закономірностей розвитку реабілітаційного процесу й умов його ефективного здійснення, так і конкретних особливостей особистості та поведінки наркозалежної особи, з метою можливого прогнозу результатів реабілітації.

Клінічний аспект психодіагностики найбільш очевидний: чим повніше представлений психологічний портрет особистості пацієнта, тим ефективнішим буде кінцевий результат психотерапії.

Інформація, отримана в ході діагностичного обстеження, в тому або іншому обсязі доводиться до випробуваного. Однак необхідно враховувати такі моменти: з одного боку, наркозалежний – це внутрішньо конфліктна, неструктурована особистість, а результати психодіагностики найчастіше містять багато негативної, психотравмальної інформації. З іншого, сам процес тестування викликає великий інтерес, виникає бажання отримати оцінку себе, своїх здібностей, тому наркозалежні особи, як правило, активно цікавляться результатами. У міру відновлення та нормалізації психічної діяльності інтерес і схильність до процесу самопізнання зростають [4].

Ця інформація є особливо цінною під час складання індивідуальної програми. Крім того, вона сприяє побудові нових більш адекватних взаємини між реабілітантом і його близькими [5].

Згідно з визначенням ВООЗ, реабілітація в наркології – це процес, наступний за початковою фазою лікування – детоксикацією й медикаментозним лікуванням, який може включати в себе групову та індивідуальну психотерапію різних напрямів, залучення до групи взаємодопомоги, проживання в терапевтичній спільноті, навчання професії, включення в трудову діяльність [3, с. 2].

Пройшовши курс детоксикації, залежна особа стикається, як мінімум, із 3 проблемами:

1. Постабстинентним синдромом, який виявляється наполегливим безсонням, зниженням настрою, дратівливістю, слабкістю, головним болем тощо.

2. Потягом до наркотику або алкоголю, що періодично виникає.

3. Зустріччю з тими факторами і проблемами, які спричинили залежність, будь-яка з них здатна призвести до зриву.

Протягом 2013–2017 рр. нами обстежено 287 осіб. Важливим аспектом планування психологічного дослідження є формування вибірки.

Для оцінювання ефективності запропонованої психологічної моделі реабілітації на заключному етапі дослідження з первинно обстежених було відібрано 2 групи:

1. Експериментальна група – 197 осіб, які погодилися на участь у запропонованих нами психологічних заходах реабілітації та повністю завершили програму реабілітації.

2. Контрольна група – 90 осіб, які не проходили відповідних заходів.

Об'єм вибірки та її склад забезпечують статистичну вірогідність отриманих результатів. Репрезентативність вибірки забезпечено використанням прийому простого випадкового відбору.

Як відомо, вибірка являє собою зменшену модель генеральної сукупності, що дає підґрунтя для узагальнення висновків цього дослідження й розповсюдження їх на ту множину об'єктів, щодо яких формулюється дослідницька гіпотеза. Саме тому до складу основної групи ввійшли наркозалежні особи обох статей, які знаходились на лікуванні в реабілітаційному центрі «Світ без залежності», Хмельницькому обласному центрі ресоціалізації наркозалежної молоді, Реабілітаційному наркологічному відділенні Київської міської наркологічної лікарні «Соціотерапія». Особливостями досліджуваних основної групи є те, що вони на час дослідження знаходились у зазначених центрах,

пройшли процедуру УШОД, знаходилися поза зоною больового синдрому, зберігали ясну свідомість і адекватно орієнтувалися в навколишньому оточенні, а також добровільно й усвідомлено дали свою згоду на участь у дослідженні. До групи порівняння ввійшли особи, котрі не проходили запропоновані нами психологічні заходи реабілітації та цілком свідомо дали свою згоду на участь у дослідженні.

Як контрольну групу обстежено умовно здорових осіб ($n=48$) із подібними віковими і статевими характеристиками. До контрольної групи ввійшли особи, які проживають на території України. Обстежуваний контингент представлений студентами спеціальних закладів, ЗНЗ, службовцями.

З метою включення цих осіб в експериментальне дослідження необхідним було дотримання таких **умов**:

– пацієнти обстежувалися після 28 днів після останнього вживання наркотиків у тверезому стані після проходження курсу детоксикаційної програми та купірування синдрому скасування;

– вік пацієнтів – 18–38 років;

– тривалість наркотичної залежності – від 1 до 10 років;

– відповідно до Міжнародної класифікації хвороб МКБ-10, особи повинні мати діагноз, що відповідає рубриці F11 – психічні та поведінкові розлади внаслідок уживання опіоїдів, а саме F11.2 – синдром залежності.

Клінічну оцінку хворих згідно з критеріями МКБ-10 відповідного діагнозу проводив керівник відділу реабілітації, лікар вищої категорії зі спеціальності «наркологія». В окремих випадках верифікований діагноз ставився прикріпленими до реабілітаційного центру лікарями – психіатрами-наркологами України.

За результатами обстеження лікарем – психіатром-наркологом – не включалися в експериментальне дослідження особи, віком до 18 і більше ніж 38 років.

На 1 етапі виконано клініко-психологічне обстеження 197 осіб, котрі проходили реабілітацію в реабілітаційних центрах України.

У процесі бесіди з'ясовувались анкетні дані: рік народження, сімейний стан, освіта, професійна спеціалізація, стаж роботи за фахом, стан сім'ї, кількість членів, характер міжособистісних взаємин, ступінь емоційної близькості між найближчими родичами. У бесіді розкривались інтереси досліджуваних у сфері цілеспрямованості життя, рівень бажання змінити наявний стан речей.

За допомогою спеціально розробленої анкети проводили опитування. До питань анкети входили дані щодо часу вживання наркотиків, їх виду, ставлення до вживання,

впливу наркотиків на життя досліджуваних та оцінювали вираженість мотивації вживання опіоїдів.

Значна увага приділялась наркологічному анамнезу досліджуваних, з'ясовувалось, за яких обставин відбувалась наркотизація, що провокувало, а також думки й емоції з природу власної наркотизації. З'ясовували, як формувалась залежність, ставлення до неї родичів, де й коли досліджуваний проходив лікування, наявність довготермінової реабілітації.

Оцінювали рівні мотивації уникнення невдач, емпатії, рівень суб'єктивного контролю над різноманітними життєвими ситуаціями. Приймаючи за основу принцип системності в організації життєдіяльності людини, а саме єдність думок, відчуттів, емоцій, поведінки людини, а також розуміючи, що ціле більше за його складові частини, складали психодіагностичний комплекс.

Далі нами використовувався комплекс психодіагностичних інструментів.

На 2 етапі виконувався аналіз факторів, що впливають на ефективність процесу реабілітації (порівнювали динаміку психологічних показників) за допомогою кореляційного, регресійного та дисперсійного аналізу.

3 етап роботи присвячений оцінюванню ефективності розробленої моделі психологічної реабілітації. Як найважливіші критерії розглядалися не тільки тривалість ремісії, а й досягнення наркозалежною особою максимальної можливої високого рівня психосоціальної адаптації.

Як основні критерії ефективності реабілітаційної програми виступали такі показники:

– завершення курсу реабілітації;

– формування мотиву на виключення вживання наркотику і здобуття нової соціальної мережі комунікації;

– формування об'єктивних знань про методи й технології лікувально-реабілітаційного процесу, запобігання зривам і рецидивам;

– створення мотивації до змін, що зумовлює підвищення рівня психосоціальної адаптації й життя загалом;

– здобуття чи відновлення трудових навичок. Мова йде про професійне навчання, залучення в суспільно корисну діяльність та організацію здорового дозвілля;

– формування морально-етичних і духовно-моральних цінностей.

Методика «Рівень суб'єктивного контролю» передбачає, що спрямованість суб'єктивного контролю в однієї й тієї самої людини в різних ситуаціях може варіювати. Тому в опитувальник включено низку показників (шкал), що вимірюють локус контролю в різних життєвих сферах:



Шкала загальної інтернальності (Io). Високий показник за цією шкалою відповідає високому рівню суб'єктивного контролю в значущих ситуаціях. Такі особи вважають, що більшість важливих подій у житті була результатом власних дій, що вони можуть ними керувати, отже, відчувають власну відповідальність за події й за те, як складається життя загалом. Низький показник за шкалою Io відповідає низькому рівню суб'єктивного контролю. Такі особи не бачать зв'язку між своїми діями і значущими для них подіями життя, не вважають себе здатними контролювати їх розвиток і вважають, що велика частина таких подій є результатом випадку або дій інших людей.

Шкала інтернальності в ділянці досягнень (Id). Високі показники за цією шкалою відповідають високому рівню суб'єктивного контролю над емоційно позитивними подіями й ситуаціями. Такі люди вважають, що вони самі домоглися всього хорошого, що було і є в їхньому житті, що вони здатні з успіхом досягати свої цілі й у майбутньому. Низькі показники за шкалою Id свідчать про те, що людина приписує свої успіхи, досягнення зовнішнім обставинам – везінню, щасливому випадку, долі або допомозі інших людей.

Шкала інтернальності в ділянці невдач (In). Високі показники за цією шкалою свідчать про розвинене почуття суб'єктивного контролю щодо негативних подій і ситуацій, що виявляється в тенденції звинувачувати самого себе в різноманітних невдачах. Низькі показники за шкалою In свідчать про те, що досліджуваний схильний приписувати відповідальність за подібні події іншим людям або вважати їх результатом невезіння.

Шкала інтернальності в сімейних відносинах (Ic). Високі показники означають, що людина вважає себе відповідальною за події у своєму сімейному житті. Низький показник за шкалою Ic указує на те, що суб'єкт вважає не себе, а членів сім'ї причиною вагомих ситуацій.

Шкала інтернальності в службових відносинах (Ip). Високий рівень за шкалою Ip свідчить про те, що людина розцінює свої дії як важливий фактор в організації власної службової діяльності, складних взаєминах у колективі тощо. Низький рівень за шкалою Ip указує на те, що досліджуваний схильний приписувати більш важливе значення зовнішнім обставинам – керівництву, товаришам по роботі, везінню, невдачі.

Шкала інтернальності в ділянці міжособистісних відносин (Im). Високий показник свідчить про те, що людина вважає, що вона в змозі контролювати свої неформальні відносини з іншими людьми, викликати до себе повагу й симпатію тощо. Низький показник за

шкалою Im, навпаки, вказує на те, що особа може активно формувати своє коло спілкування та схильна вважати свої міжособистісні відносини результатом активності партнерів.

Шкала інтернальності стосовно здоров'я і хвороби (Iz). Високі показники за шкалою Iz свідчать про те, що людина вважає себе відповідальною за своє здоров'я. Людина з низьким показником за шкалою Iz вважає здоров'я та хворобу результатом випадку і сподівається на те, що одужання прийде в результаті дії інших людей, передусім лікарів.

Дослідження проведені нами впродовж 2013–2017 років з участю залежних осіб від опіоїдів (n=197) у динаміці реабілітаційного процесу в два етапи:

– **перший** – на початку психологічної реабілітації;

– **другий** – після проходження психологічної реабілітації.

Використовуючи методику «**Рівень суб'єктивного контролю**», ми досліджували спрямованість суб'єктивного контролю досліджуваних у різних життєвих сферах.

Отримані середні показники за шкалою загальної інтернальності (Io), шкалою інтернальності в ділянці досягнень (Id), шкалою інтернальності в ділянці невдач (In), шкалою інтернальності в сімейних відносинах (Ic), шкалою інтернальності в службових відносинах (Ip), шкалою інтернальності в ділянці міжособистісних відносин (Im) і шкалою інтернальності стосовно здоров'я і хвороби (Iz) подано в таблиці 1.

Таблиця 1
Усереднені показники рівня суб'єктивного контролю досліджуваних за методикою «Рівень суб'єктивного контролю»

Шкали	Середнє арифметичне* показник
Шкала загальної інтернальності (Io)	4,3
Шкала інтернальності в ділянці досягнень (Id)	4,0
Шкала інтернальності в ділянці невдач (In)	4,0
Шкала інтернальності в сімейних відносинах (Ic)	4,8
Шкала інтернальності в службових відносинах (Ip)	3,7
Шкала інтернальності в ділянці міжособистісних відносин (Im)	4,1
Шкала інтернальності стосовно здоров'я і хвороби (Iz)	5,5

Тут і далі умовні позначення: * середнє арифметичне значення по групі.

З таблиці 1 випливає, що рівень загальної інтернальності (I_o), який дорівнює 4,3, має показник нижчий за норму (< 5,5), що відповідає низькому рівню суб'єктивного контролю. Це явище можна пояснити тим, що залежні від опіодів не бачать зв'язку між власними діями та значимими подіями в житті, вважають, що вони не в змозі контролювати розвиток подій, і переконані, що більшість важливих подій у їхньому житті є випадковістю чи спричинені діями оточуючих. Залежні від опіодів не визнають власної відповідальності за свої досягнення (I_d). Цікаво, що отримані показники свідчать про те, що досліджувані не бажають визнавати свою відповідальність за невдачі, про що свідчить показник за шкалою «інтернальність у ділянці невдач» (4,0). Низький показник за шкалою інтернальності в ділянці міжособистісних відносин (4,1), можливо, пояснюється тим, що, відчуваючи дискомфорт у сім'ї та професійній діяльності, залежні особи мають проблеми у сфері комунікацій.

Отже, аналізуючи результати за методикою «УСК», можна зробити такі висновки: для клієнтів властивий низький рівень суб'єктивного контролю, знижене почуття особистої відповідальності за власні невдачі, сімейні й виробничі відносини.

Інші показники ми отримали після проведення методики «Рівень суб'єктивного контролю» з батьками залежних від опіодів.

Таблиця 2
Усереднені показники рівня суб'єктивного контролю у співзалежних батьків

Шкали	Середнє арифметичне* й показник
Шкала загальної інтернальності (I _o)	6,1
Шкала інтернальності в ділянці досягнень (I _d)	5,0
Шкала інтернальності в ділянці невдач (I _n)	7,9
Шкала інтернальності в сімейних відносинах (I _c)	8,7
Шкала інтернальності в службових відносинах (I _p)	6,1
Шкала інтернальності в ділянці міжособистісних відносин (I _m)	4,4
Шкала інтернальності стосовно здоров'я і хвороби (I _z)	5,3

Високий показник за шкалою загальної інтернальності (6,1) відповідає високому

рівню суб'єктивного контролю над значимими ситуаціями. Інтерпретуючи отримані результати, можна стверджувати, що співзалежні батьки вважають, що більшість важливих подій у їхньому житті є результатом їхніх власних дій, а отже, відчувають свою власну відповідальність за значимі події в житті. Проте звертають на себе увагу надто високі показники за окремими шкалами.

Так, високий показник за шкалою інтернальності в галузі невдач (7,9) свідчить про розвинене почуття суб'єктивного контролю щодо негативних подій і ситуацій, що виявляється в схильності звинувачувати самого себе. Надто високий показник за шкалою інтернальності в сімейних відносинах (8,7) свідчить про неабияку відповідальність за події, що відбуваються в сімейному житті.

Отримані результати 2 етапу дослідження за методикою «Рівень суб'єктивного контролю» подано в таблицях 3 і 4.

Таблиця 3
Порівняльна оцінка показників рівня суб'єктивного контролю досліджуваних

Шкали	Первинне дослідження	Вторинне досл.
Шкала загальної інтернальності (I _o)	4,3	4,8
Шкала інтернальності в ділянці досягнень (I _d)	4,0	5,9
Шкала інтернальності в ділянці невдач (I _n)	4,0	4,4
Шкала інтернальності в сімейних відносинах (I _c)	4,8	5,2
Шкала інтернальності в службових відносинах (I _p)	3,7	3,8
Шкала інтернальності в ділянці міжособистісних відносин (I _m)	4,1	6,7
Шкала інтернальності стосовно здоров'я і хвороби (I _z)	5,5	6,7

З таблиці 3 видно, що порівняно з первинним дослідженням відбулося незначне підвищення показника за шкалою загальної інтернальності (4,8). Це свідчить про те, що на момент вторинного дослідження клієнти більшою мірою відчували себе суб'єктами своєї діяльності, що виявляється в більш толерантному ставленні до оточуючих у різних життєвих ситуаціях порівняно з первинним дослідженням.

Про наявний зсув, хоча й незначний, у бік усвідомлення відповідальності свідчать



зміни показників за шкалами інтернальності в галузі невдач (4,4) та інтернальності в сімейних відносинах (5,2). Водночас відзначається підвищення показників за шкалою інтернальності в ділянці міжособистісних відносин (6,7), що свідчить про те, що досліджувані вважають, що в силах контролювати свої формальні й неформальні відносини з іншими людьми, викликати до себе повагу та симпатію.

Таблиця 4

Порівняльна оцінка показників рівня суб'єктивного контролю у співзалежних батьків

Шкали	Первинне дослідження	Вторинне досл.
Шкала загальної інтернальності (Io)	6,1	5,1
Шкала інтернальності в ділянці досягнень (Id)	5,0	5,0
Шкала інтернальності в ділянці невдач (In)	7,9	5,7
Шкала інтернальності в сімейних відносинах (Ic)	8,7	5,7
Шкала інтернальності в службових відносинах (Ip)	6,1	6,1
Шкала інтернальності в ділянці міжособистісних відносин (Im)	4,4	4,7
Шкала інтернальності стосовно здоров'я і хвороби (Iz).	5,3	5,8

Відповідно до таблиці 4, показник за шкалою загальної інтернальності знизився в основному за рахунок показників за шкалами інтернальності в ділянці невдач та інтернальності в сімейних відносинах. Ці показники свідчать про те, що знизилася схильність звинувачувати себе в неприємностях. Співзалежні починають розуміти, що вживання опіоїдів близькими родичами є власним вибором. Співзалежні батьки не відмовляються від наркозалежного, але відмовляються від хвороби, від її підтримки.

Крім того, провівши дослідження статистичних даних упродовж 5 років, ми встановили: з усіх пацієнтів, які перебували на реабілітації за цей час ($n=197$), у 40,3% спостерігається стійка ремісія й до теперішнього часу. Родичі цих досліджуваних регулярно відвідували заняття для співзалежних. Ті, хто мав зацікавленість, але не мав можливості відвідувати заняття, знайомились із відповідною літературою, спілкувались через сайт центру. 48,2% клієнтів, чиї родичі не визнали факт співзалежності, вживають наркотики. На повторну реабілітацію з них повернулося 8,1%.

Висновки. Психодіагностичне обстеження й оцінювання динаміки психологічних патернів проводили на початковому періоді реабілітації (0–2 місяці) та після проходження психологічної реабілітації. Ретельне формування вибірки й підготовча робота відігравали значну роль на першому етапі дослідницької діяльності.

Під час роботи з наркозалежною особистістю завдання діагностики можна об'єднати в три відносно автономні блоки, що мають науково-дослідний, клінічний і просвітницько-розвивавальний напрями діяльності.

Інформація, отримана в ході діагностичного обстеження, в тому або іншому обсязі доводиться до випробуваного. Ця інформація особливо цінна під час складання індивідуальної програми. Крім того, вона сприяє побудові нових більш адекватних взаємин між реабілітантом і його близькими.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Бурлачук Л.Ф. Словарь-справочник по психодиагностике / Л.Ф. Бурлачук, С.М. Морозов. – СПб. : Питер Ком, 1999. – 528 с.
2. Злоупотребление психоактивными веществами (клинический и правовой аспекты) / [Т.Б. Дмитриева, А.Л. Игонин, Т.В. Клименко и др.]. – М. : МНЦ «Инфо-коррекция», 2003. – 316 с.
3. Негериш Н.В. Основные принципы и приемы проведения групповой психотерапии больных с зависимостью от психоактивных веществ / Н.В. Негериш // Вопросы наркологии. – 1999. – № 2. – С. 57–61.
4. Сосин И.К. Наркология / И.К. Сосин, Ю.Ф. Чуев. – Х. : Коллегиум, 2014. – 1500 с.
5. Crits-Christoph P. Psychological treatment for drug abuse. Selected review and recommendations for national health care / P. Crits-Christoph, L. Siqueland // Arch. Gen. Psychiatry. – 1996. – Vol. 53. – № 8. – P. 749–756.