

ПРОВІДНІ МОДЕЛІ РЕАБІЛІТАЦІЇ НАРКОЗАЛЕЖНИХ ОСІБ: ЗАРУБІЖНИЙ ДОСВІД

LEADING MODELS OF REHABILITATION OF DRUG ADDICTS: FOREIGN EXPERIENCE

У статті виявлено перспективні підходи до реабілітації осіб, залежних від психоактивних речовин, які широко використовуються в зарубіжній практиці. Визначено, що оскільки проблема виникнення наркоманії, алкоголізму, ігроманії, залежності від комп'ютерних ігор та інших форм адиктивної поведінки є медичною, соціальною, морально-етичною та психологічною, то її розгляд потребує комплексного підходу. У статті визначено поняття «адиктивна поведінка», розглянуто класифікацію, основні ознаки залежностей та специфічні ознаки залежності від психоактивних речовин. Адиктивну поведінку визначено як таку, що характеризується наявністю непереборної потреби у зміні свого психічного стану за допомогою адиктивного агенту. Аналіз наукової літератури дав змогу визначити основні фактори формування адиктивної поведінки, а саме біологічні, соціальні, психологічні. Визначено основні форми допомоги залежним, такі як детоксикація, лікарські консультації, замісна підтримувальна терапія, амбулаторні реабілітаційні програми, стаціонарні реабілітаційні програми, терапевтичні спільноти, стаціонарні програми духовної психотерапії та релігійної реабілітації. Реабілітація залежних може бути розглянута як сукупність різних за формою, напрямом і сферою застосування видів допомоги залежним, зокрема медичної, медико-соціальної, соціальної та психолого-педагогічної. Головною метою реабілітації осіб, залежних від психоактивних речовин, є стійка ремісія як повне утримання від вживання наркотиків, що може визначатися як суб'єктивними (особистісними), так і об'єктивними (нейробіологічними) факторами. У статті виявлено найбільш перспективні моделі реабілітації наркозалежних осіб та розглянуто їх ключові особливості. Отже, ними є модель терапевтичних співтовариств (групи взаємодопомоги), Міннесотська модель лікування залежної поведінки, розвиваюча модель Т. Горські, розвиваюча модель Д. Піті. Визначено, що реабілітація наркозалежних осіб – це тривалий процес, що передбачає не тільки використання наявних моделей допомоги, але й їх подальше вдосконалення, адаптування до сучасних українських реалій.

Ключові слова: реабілітація, моделі реабілітації наркозалежних осіб, залежність, адиктивна поведінка, наркозалежність.

The article reveals promising approaches to the rehabilitation of persons addicted to psychoactive substances, which are widely used in foreign practice. The article states that the problem of drug addiction, alcoholism, gambling, addiction to computer games and other forms of addictive behavior is a medical, social, moral, ethical and psychological problem. That's why it requires an integrated approach to consideration. The article defines the concept of «addictive behavior», considers the classification, the main signs of addictions and specific signs of addiction of the psychoactive substances. The analysis of the scientific literature allowed determining the main factors in the formation of addictive behavior: biological, social, psychological. The article identifies the main forms of care for addictive people: detoxification, medical consultations, substitution maintenance therapy, outpatient rehabilitation programs, inpatient rehabilitation programs, therapeutic communities, inpatient programs of mental psychotherapy and religious rehabilitation. Rehabilitation of addictive people can be considered as a set of types of care for addictive people: medical, medical and social, social and psychological and pedagogical types of care. These types are different in shape, direction and areas of application. The main purpose of rehabilitation of persons addicted to psychoactive substances is a stable remission as a complete abstinence from drug use, which can be determined by both subjective (personal) and objective (neurobiological) factors. The article identifies the most promising models of rehabilitation of drug addicts and considers their key features are the model of therapeutic communities (mutual aid groups), the Minnesota model of treatment of addictive behavior, the developmental model of T. Gorsky, the developmental model of D. Pitty. The article defines that the rehabilitation of drug addicts is a long process that involves not only the use of existing models of care, but also their further improvement, adaptation to modern Ukrainian realities.

Key words: rehabilitation, models of rehabilitation of drug addicts, addiction, addictive behavior, drug addiction.

УДК 159.9.019.4:001.8(045)
DOI <https://doi.org/10.32843/2663-5208.2020.20.28>

Свідовська В.А.

к.пед.н.,
старший викладач кафедри педагогіки та психології
Харківська державна академія культури

Постановка проблеми. Пошук нових підходів до реабілітації наркозалежних осіб – це одне з важливіших державних завдань у сфері соціальної політики та охорони здоров'я. Реабілітація наркозалежних осіб як процес відновлення їх фізичного, психічного й духовного здоров'я має забезпечити надання цим особам можливості поновити свій особистісний та соціальний статус, бути реінтегрованими у суспільство.

Головною метою реабілітації осіб, залежних від психоактивних речовин, є стійка ремісія як повне утримання від вживання наркотиків, що може визначатися як суб'єктивними (особистісними) так і об'єктивними (нейробіологічними) факторами.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Аналіз наукової літератури, присвяченої проблемі наркозалежності, а саме досліджень вітчизняних та зарубіжних учених А. Вієв-

ського, Т. Горські, Л. Завадської, С. Кулакова, В. Міллера, Д. Піти, С. Проценка, І. П'ятницької, М. Рябової, В. Шабаліної, дав змогу дійти висновку, що сьогодні не існує єдиного підходу до реабілітації осіб, залежних від психоактивних речовин, а досягнення терапевтичної ремісії визначається кваліфікацією фахівців, вибором методів лікування й тактики соціалізації наркозалежних. Саме тому вивчення зарубіжного досвіду та розроблення нових підходів до реабілітації та ресоціалізації наркозалежних є актуальним питанням як для українського суспільства, так і для світової спільноти.

Постановка завдання. Мета статті полягає у виявленні перспективних підходів до реабілітації наркозалежних осіб у зарубіжній практиці.

Виклад основного матеріалу дослідження. Процес виникнення наркоманії, алкоголізму, ігроманії, залежності від комп'ютерних ігор та інших форм адиктивної поведінки є медичною, соціальною, морально-етичною та психологічною проблемою.

Вперше термін «адиктивна поведінка» (від англ. "addiction" – «хибна звичка», «пристрасть до чого-небудь», «порочна схильність») було використано В. Міллером. Адиктивна поведінка визначалась як процес зловживання різними речовинами, що змінюють психічний стан людини (психоактивні речовини, алкоголь, тютюн) і формують залежну поведінку [4, с. 105]. Розуміння поняття «адикція» науковцями В. Міллером та М. Ландрі близьке до розуміння цього поняття науковцем С. Кулаковим, який визначає адиктивну поведінку як таку, що характеризується наявністю фізичної та індивідуальної психологічної залежності [9]. Ц. Короленко підкреслює, що адиктивна поведінка управляє життям людини, робить її безпорадною та позбавляє можливості протидіяти адикціям [8].

Отже, термін «адиктивна поведінка» пов'язаний із терміном «залежність». Аналіз наукової літератури не дав змогу виявити єдиного визначення поняття «психологічна залежність». В широкому сенсі залежність може розглядатися як внутрішній стан людини, що виявляється в нав'язливому прагненні постійно виконувати певні дії, які ведуть до дисгармонії особистості, хвороб і порушень здоров'я, а також руйнують індивіда [1]. В. Шабаліна визначає залежність як прагнення покладатися на когось або щось задля отримання задоволення від адаптації [13, с. 71].

В Десятому перегляді Міжнародної статистичної класифікації хвороб і проблем, пов'язаних зі здоров'ям (МКХ-10) [11], синдром залежності визначається як комплекс фізіологічних, поведінкових і когнітивних явищ, за яких вживання психоактивної речовини або класу психоактивних речовин починає поси-

дати більше місце в системі цінностей людини, ніж інші форми поведінки, які раніше були важливішими для неї.

З точки зору психоаналізу, за визначенням М. Рябової, залежність – це латентний суїцид, тобто спроба покінчити із собою, розтягнута в часі, спроба втечі від хвороби, психозу або прагнення подолання внутрішнього протиріччя [12, с. 50].

Сьогодні не існує єдиної класифікації залежностей. Однак деякі науковці [1; 5; 12] класифікують залежності таким чином:

- хімічні залежності: тютюнопаління, алкоголізм, наркоманія;

- біохімічні залежності: анорексія (відмова від прийому їжі і хвороблива худорба) і булімія (неконтрольоване поглинання їжі);

- нехімічні види залежності: клептоманія, лудоманія (залежність від азартних ігор), трудоголізм, шопоголізм, фанатизм, інтернет-залежність, спортивна адикція.

Незважаючи на те, що існує багато видів залежностей, залежна поведінка майже у всіх випадках має деякі спільні ознаки, такі як нав'язливе прагнення до певної поведінки; наростання напруги, якщо є перешкода для здійснення цієї поведінки; тимчасове зняття напруги під час завершення поведінки; циклічність цієї поведінки; специфічність певного патерну поведінки для кожного типу нехімічних адикцій; обумовлення виникнення кожного наступного циклу як внутрішніми, так і зовнішніми причинами; наявність неприємних емоцій на перших циклах подібної поведінки [10].

Наркоманія може бути розглянута як залежність від психоактивних речовин. Відповідно до визначення М. Рябової, психічна залежність від психоактивних речовин – це емоційний стан, що характеризується відчуттям нагальної потреби в психоактивному препараті, пов'язаним з його вживанням, або задля зняття негативних відчуттів, викликаних його зловживанням [12].

Наркоманія належить до хімічних залежностей, що мають специфічні ознаки. Відповідно до Десятого перегляду Міжнародної статистичної класифікації хвороб і проблем, пов'язаних зі здоров'ям (МКХ-10) [11], діагностичними критеріями синдрому залежності є сильне бажання або почуття непереборної тяги до прийому психоактивної речовини; труднощі в контролюванні поведінки, пов'язані з прийомом психоактивної речовини; фізіологічний абстинентний стан, що виникає, коли прийом психоактивної речовини припиняється або зменшується; ознаки толерантності, які проявляються в необхідності підвищення доз психоактивної речовини для досягнення попередніх ефектів від її дії; прогресуюче нехтування альтернативними задоволеннями або інтересами через вживання психоактивної

речовини; збільшення часу, необхідного для придбання або прийому речовини і відновлення від її ефектів; поглинання вживанням психоактивної речовини, що проявляється в тому, що заради прийому речовини людина повністю або частково відмовляється від важливих альтернативних задоволень та інтересів; триваюче вживання психоактивної речовини всупереч явним ознаками очевидних шкідливих наслідків.

Одним з індикаторів синдрому залежності є синдром відміни, тобто група симптомів різного поєднання й різного ступеня тяжкості, що виникають під час припинення або зменшення вживання психоактивної речовини, яка приймалась багато разів, як правило, протягом тривалого часу і/або у великих дозах [11]. Синдроми відміни седативних засобів мають багато спільних рис із алкогольним синдромом відміни, але можуть також включати м'язові болі й судоми, спотворення сприйняття і порушення схеми тіла. Стан відміни опіоїдів супроводжується ринореєю (виділеннями з носа), слъзотечею, м'язовими болями, ознобом, «гусячою шкірою», а через 24–48 годин – м'язовими судомами й спазмами шлунку (поведінка, спрямована на пошук психоактивної речовини, вельми виражена й триває після того, як фізичні симптоми зникли). Стан відміни стимуляторів описаний не так чітко, як синдроми відміни депресантів центральної нервової системи; виражена депресія, що супроводжується нездужанням, інертністю і нестійкістю.

Усі фактори, що сприяють формуванню й розвитку хвороб залежної поведінки, можна розділити на такі три групи: біологічні, соціальні та психологічні. Вони існують у нерозривному взаємозв'язку.

Біологічні фактори, що сприяють формуванню й розвитку хвороб залежної поведінки, – це генетичні, конституціональні та психобіологічні особливості організму (спадкові, вроджені та набуті захворювання, особливості конституції, перш за все особливості емоційної сфери, ендокринної, нервової систем тощо), тобто проблеми, пов'язані з психічним і фізичним здоров'ям [10].

Соціальні фактори, що сприяють формуванню й розвитку хвороб залежної поведінки, традиційно поділяються на макросоціальні (традиції, звичаї, закони щодо споживання алкоголю та інших наркотичних речовин; нестабільність суспільного розвитку; невизначеність соціальних норм, терпимість до аморальних та антигромадських форм поведінки; позитивне ставлення до тютюну, алкоголю в різних прошарках суспільства; наявність у суспільстві міфів про алкоголіків і наркоманів, відсутність об'єктивної інформації; доступність алкоголю й наркотиків) та мікросоціальні (сімейні фактори (структура, економічне становище, пози-

ції членів сім'ї до вживання психоактивних речовин, культурні, морально-етичні, моральні традиції, за якими відбувається виховний процес, патологічні форми виховання, такі як гіпоопека, гіперопіка, гіперпротекція); вплив соціальних груп (школа, ВНЗ, армія, дворова компанія, «тусовка» тощо)) [10].

Психологічні фактори, що сприяють формуванню і розвитку хвороб залежної поведінки, – це особистісні особливості, що сприяють початку споживання психоактивних речовин і розвитку хвороб патологічної залежності. Насамперед психологічним фактором формування залежної поведінки є різні психопатії та акцентуації особистості (акцентуації епілептоїдного, нестійкого та психастенічного типу), алекситимії (труднощі з визначенням, вербалізацією почуттів). Також слід звернути увагу на індивідуальні психологічні особливості, що сприяють формуванню залежності, такі як невпевненість у собі, занижена самооцінка, коливання настрою, невисокий рівень інтелекту, неприйняття соціальних норм і цінностей, прагнення протиставити себе суспільству, ігнорування моралі й понять про добро і зло, життєвий цинізм, залежна й аутоагресивна поведінка, життєва незрілість, відсутність самодостатності і несамостійності, неформованість цілей і сенсу життя, нерозвиненість комунікативних та адаптивних умінь; знижене перенесення труднощів повсякденного життя; прихований комплекс неповноцінності; страх перед стійкими емоційними контактами; прагнення говорити неправду; тривожність [10].

Залежність від психоактивних речовин розвивається відповідно до таких етапів [7, с. 8–15]: «точка кристалізації» – етап, який з'являється у зв'язку з переживанням інтенсивної позитивної емоції (або усуненням негативної) за певної дії; становлення адиктивного ритму (адиктивний ритм виражається у встановленні певної послідовності вдавання до засобів адикції); формування адикції як інтегральної частини особистості; повне домінування адиктивної поведінки.

Хімічні залежності інтенсивніше руйнують внутрішні органи й головний мозок людини. Для них характерний більш виражений синдром психічної та фізичної залежності. Як хімічні, так і нехімічні адикції мають свої негативні наслідки, зокрема поширення протиправних дій, високий суїцидальний ризик, серйозні соціальні і фінансові проблеми, психосоматичні проблеми.

Сьогодні в Україні існують такі форми допомоги залежним: детоксикація (в усіх наркологічних закладах), лікарські консультації (в усіх наркологічних закладах), замісна підтримувальна терапія (допомога наркозалежним), амбулаторні реабілітаційні програми, стаціонарні реабілітаційні програми, терапевтичні

спільноти, стаціонарні програми духовної психотерапії та релігійної реабілітації [3]. Частина реабілітаційних програм реалізується громадським сектором і зазвичай формується навколо груп анонімних алкоголіків (АА) або анонімних наркоманів (АН).

Всесвітня організація охорони здоров'я (WHO) визначає реабілітацію наркозалежних як «процес, у результаті якого особа, що вживає наркотичні засоби і психотропні речовини, досягає оптимального стану здоров'я, психологічних функцій і соціального благополуччя. Реабілітація слідує за початковою фазою лікування (яка може включати детоксикацію і медикаментозне і психіатричне лікування)» [17].

Управління ООН із наркотиків і злочинності називає реабілітацію «фазою запобігання рецидивам, орієнтовану на потреби осіб, які або пройшли курс детоксикації, або тих, хто не потребує проходження цієї фази лікування. Мета програм реабілітації полягає у зміні поведінки реабілітантів та їх навчання прийомам контролю своєї тяги до психоактивних речовин» [14].

Західна практика реабілітації залежних спирається на комплексний підхід, що включає діяльність узгодженої системи установ, які діють у межах кожного етапу реабілітації: від початкового етапу детоксикації до психотерапевтичної роботи в межах стаціонару.

В західній практиці діють програми реабілітації, що реалізуються як в умовах стаціонару (інтенсивні програми допомоги й медичного спостереження, які передбачають проживання в реабілітаційному центрі), так і в амбулаторних умовах, або лікування в умовах денного стаціонару (надання тих же терапевтичних послуг, що в умовах стаціонару, без необхідності проживання реабілітанта в лікувальному закладі).

Постреабілітаційний супровід може включати специфічні елементи допомоги, які як пов'язані з подоланням наркозалежності (консультування, в тому числі по телефону, участь у терапевтичних групах, зборах АН, групах самопомоги тощо), так і не мають безпосереднього відношення до залежності (допомога в придбанні житла, в тому числі тимчасового, в отриманні освіти тощо), але значимі для формування у реабілітанта почуття соціальної захищеності і впевненості в майбутньому.

Отже, реабілітація залежних може бути розглянута як сукупність різних за формою, напрямом і сферою застосування видів допомоги залежним, зокрема медичної, медико-соціальної, соціальної та психолого-педагогічної.

Сьогодні діє безліч підходів до реабілітації та ресоціалізації наркозалежних осіб. Відповідно до мети статті виявлено найбільш перспективні, а саме модель терапевтичних співтовариств (групи взаємодопомоги); Міннесотська модель лікування залежної поведінки; розвиваюча модель Т. Горські; розвиваюча модель Д. Піті.

У 1935 р. були засновані перші товариства «Анонімні Алкоголіки» (модель терапевтичних співтовариств), що працювали відповідно до програми «12 кроків» [2]. Це стало проривом в галузі лікування алкоголізму. Сьогодні існує безліч подібних груп взаємодопомоги, в тому числі АН («Анонімні наркомани»), АІ («Анонімні ігромани»). Терапевтичне співтовариство («Therapeutic community») являє собою модель соціального навчання здоровому способу життя. Це організоване, певним чином структуроване співтовариство людей, що мають проблеми із залежністю. В основу своєї діяльності принципи АН та інших груп допомоги взяли такі співтовариства, як «SMART Recovery», «SOS» («Save Our Selves»), «Women for Sobriety or Lifelong Secular Recovery», «Monar».

Міннесотська модель лікування залежної поведінки виникла у США в кінці 40-х рр. XX ст. як наслідок надзвичайно високої ефективності груп АА та інших подібних рухів. На відміну від рухів самопомоги, ця модель є професійним підходом до вирішення проблеми. В ній духовні принципи роботи груп АА та АН, що використовували програму «12 кроків», об'єднані з досягненнями психології, психіатрії, соціології та інших наук. Незалежно від різновиду терапевтичної системи – чи є вона центром цілодобового проживання (стаціонаром або громадою довготривалого лікування), денним стаціонаром або амбулаторією – процес лікування хімічно залежних людей, як правило, має такі фази: встановлення первинного контакту і створення мотивації до одужання; період детоксикації, метою якого є очищення організму від токсичних речовин і зміцнення життєво важливих внутрішніх органів; основна робота в терапевтичному співтоваристві (духовна, психологічна і соціальна реабілітація залежного, яка, як правило, включає індивідуальну роботу і групова роботу зі священником (пастором), психологом, консультантом з видужуючих наркоманів, лікарем-психотерапевтом тощо (також проводиться робота із сім'єю залежного)); стадія ресоціалізації, або реінтеграції, на якій відбувається повернення людини в нормальне суспільство [6].

Розвиваюча модель Т. Горські побудована на довготривалій професійній роботі із залежним, яка поєднується з відвідуванням груп взаємодопомоги. Т. Горські виділяє в процесі одужання від хімічної залежності шість таких етапів: перехідний етап (на цьому етапі відбуваються усвідомлення проблеми, що мотивують людину; визнання неможливості природного вирішення проблем; визнання провалу стратегії «контрольованого споживання»; усвідомлення необхідності утримання від об'єкта пристрасті); етап стабілізації (на цьому етапі відбуваються визнання необхідності допомоги; ліквідація прямих ускладнень алкоголізму і наркоманії; переривання пато-

логічної заклопотаності; вивчення «нехімічних» методів управління стресом, розвиток надії і мотивації); початковий етап одужання (на цьому етапі відбуваються повне усвідомлене визнання хворобливої залежності; повне прийняття й визнання згубної звички; навчання залежного «нехімічним» способам вирішення проблем; невідкладна соціальна реабілітація; розвиток у залежного системи цінностей, заснованої на тверезості); проміжний етап одужання (на цьому етапі відбуваються розв'язання кризи деморалізації; виправлення соціальних збитків, викликаних згубною схильністю; створення саморегульованої програми відновлення; побудова гармонійного способу життя; вироблення уміння пристосовуватися до змін); заключний етап одужання (на цьому етапі відбуваються усвідомлення впливу набутих у дитинстві установок на процес одужання; дослідження проблем, пов'язаних із сімейним вихованням; свідоме дослідження дитинства; доповнення зроблених відкриттів до дорослого життя; зміна способу життя); етап підтримки ремісії (на цьому етапі відбуваються продовження програми відновлення уміння жити «день за днем»; безперервне зростання й розвиток залежного; розвиток здатності ефективно адаптуватися до змін у житті).

В основу розвиваючої моделі Д. Піті покладено теорію стадій психосоціального розвитку Е. Еріксона [16]. Відповідно до кожної стадії психосоціального розвитку, запропонованого Е. Еріксоном, одужання в рамках цієї моделі розглядається як еволюційна зміна особистості адикта. Д. Пітою було розроблено такі цілі й завдання, які необхідно вирішити залежній людині для свого одужання: початок лікування (метою цієї стадії є згода з цілями лікування, припинення компульсії); зупинка компульсії (метою цієї стадії є звикання до тверезої поведінки); праця й розвага тверезим (на цій стадії залежному необхідно навчитися працювати й розважатися в тверезому стані); створення ідентичності, специфічної для тверезості (на цій стадії відбуваються визнання й прийняття: «Я алкоголік/наркоман/...»; відбувається початок ідентифікації духовного «Я» залежного); розвиток інтимності, специфічної для тверезості (на цій стадії залежному необхідно опанувати навички соціалізації і взаємовідносин); розвиток ідентичності (на цій стадії залежному належить відкрити, ким він/вона є зараз, свої позитивні сторони й потреби); інтимність у любовних стосунках (на цій стадії відбувається розвиток здатності любити здоровим, взаємно задовольняючим способом) [6].

В Україні, як і в інших країнах світу, використовується замісна терапія. Сутність замісної терапії (“Substitution treatment”/“Drug Replacement Therapy”) зводиться до заміни

нелегальних наркотиків (найчастіше опіатів) легальними наркотичними засобами, що видаються за рецептом лікаря, як підтримуючої терапії для осіб з опіїдною залежністю задля зменшення шкоди від вживання сильнодіючих наркотичних засобів.

Комплексний підхід до реабілітації залежних, що забезпечує «управління стійкою ремісією» [15], виявляється набагато більш ефективним. Такий підхід до реабілітації, що включає обов'язкові заходи, що сприяють надалі ресоціалізації залежних, на нашу думку, має бути націленим на відновлення фізичного, психічного, соціального здоров'я; формування соціальних, трудових, професійних навичок; сприяння у навчанні, розвитку професійної компетентності, відновленні трудових навичок; сприяння у вирішенні житлових питань; відновлення або розвиток соціально-побутових навичок; культурну, правову та соціальну адаптацію.

Висновки з проведеного дослідження.

Таким чином, вивчення різних моделей та окремих реабілітаційних програм дає змогу дійти висновку про те, що вони продовжують розвиватися і вдосконалюватися. Багато з них не зовсім відповідають традиційній класифікації видів лікування або являють собою сукупність відразу декількох моделей. Реабілітація наркозалежних осіб являє собою тривалий і трудомісткий процес, що передбачає не тільки використання наявних методик і моделей реабілітації, але й їх подальше вдосконалення, адаптування до особливостей реабілітаційних процесів, медичних і соціальних можливостей суспільства України.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Авиллов О. Социально значимые заболевания и их профилактика : методические указания. Челябинск : Челябинский государственный университет, 2009. 47 с.
2. Анонимные Алкоголики (Большая книга). Нью-Йорк : Alcoholics Anonymous World Services, 2011. 29 с.
3. Вієвський А. Лікування наркозалежності в Україні та оцінка його ефективності. Звіт про дослідження. Київ, 2008. 78 с.
4. Завадська Л. Профілактика адиктивної поведінки. *Соціальна педагогіка*. 1999. № 1. С. 105–111.
5. Горски Т. Остаться трезвым. Homewood : CENAPS. 2008. 235 с.
6. Иванов В., Безсмертний Ю., Старков Д. Принципы работы амбулаторной социально-психологической реабилитации osób, залежних від алкоголю : науково-методичний посібник. Київ : Віпол, 2013. 128 с.
7. Короленко Ц. Аддиктивное поведение. Общая характеристика и закономерности развития. *Обзорные психиатрии и медицинской психологии*. 1992. № 2. С. 8–15.
8. Короленко Ц. Семь Путь к катастрофе: деструктивное поведение в современном мире. Новосибирск : Наука, 1990. 222 с.

9. Кулаков С. Психотерапия и психопрофилактика аддиктивного поведения у подростков. Санкт-Петербург : Гардарика, 2003. 470 с.

10. Кутбиддинова Р. Психология зависимости : учебно-методическое пособие. Южно-Сахалинск : СахГУ, 2017. 128 с.

11. Міжнародна статистична класифікація хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я. Десятий перегляд / пер. В. Пономаренко, А. Нагорна, Г. Панащенко. Київ : Здоров'я, 2001. Т. 3. 817 с.

12. Рябова М. Смыслообразование в структуре саморегуляции личности с психологической зависимостью в юношеском возрасте : дисс. ... канд. психол. наук : спец. 19.00.13 ; Тамбовский государственный университет. Тамбов, 2008. 256 с.

13. Шабалина В. Аддиктивное поведение в подростковом и юношеском возрасте. Москва : ВЕЧЕ, 2003. 291 с.

14. Drug Abuse Treatment and Rehabilitation: A Practical Planning and Implementation Guide. UNITED NATIONS New York, 2003.

15. Models of residential rehabilitation for drug and alcohol misusers. *National Treatment Agency for Substance Misuse*. 2006.

16. Pita D. Addictions Counseling: A Practical Guide to Counseling People with Chemical & Other Addictions. Crossroad Publishing Company, 1994. 144 p.

17. WHO. Lexicon of alcohol and drug terms. URL: https://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en (дата звернення: 10.09.2020).