

с большим стажем является родительско-воспитательская сфера, хозяйственно-бытовая, сфера внешней привлекательности и социальной активности, тогда как у молодых пар важным является интимно-сексуальная сфера. Также на отношения в паре влияет понимание супруга и их авторитетность друг перед другом. Под авторитетностью мы понимаем согласованность каких-либо решений друг с другом, постановка приоритетов мужа/жены выше, чем своих собственных, и именно это дает возможность роста личностной идентификации.

С увеличением стажа совместной жизни меняются и семейные ценности женщин, тогда как у мужчин они остаются на прежнем уровне.

Перспективой нашего исследования является изучение показателей удовлетворенности браком и их взаимосвязи с семейными ценностями и ролевой структурой семьи.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Алешина Ю.Е. Удовлетворенность браком и межличностное восприятие в супружеских парах с различным стажем совместной жизни : дисс. ... канд. психол. наук / Ю.Е. Алешина. – М., 1985. – 263 с.
2. Алешина Ю.Е. Ролевая дифференциация как комплексный показатель межличностных отношений супругов / Ю.Е. Алешина, И.Ю. Борисов // Вестник МГУ. Серия 14 «Психология». – 1989. – № 3. – С. 44–52.
3. Андреева Т.В. Семейная психология : [учебное пособие] / Т.В. Андреева. – СПб. : Речь, 2004. – 244 с.
4. Волкова А.Н. Практикум по экспериментальной и прикладной психологии / А.Н. Волкова. – Л., 1990. – 88 с.
5. Голод С.И. Стабильность семьи: социологический и демографический аспекты / С.И. Голод. – Л. : Наука, 1984. – 135 с.
6. Гребенников И.В. Основы семейной жизни : [учебное пособие] / И.В. Гребенников. – М. : Просвещение, 1991. – 158 с.
7. Олифирова Н.И. Психология семейных кризисов / Н.И. Олифирова, Т.А. Зинкевич-Куземкина, Т.Ф. Велента. – СПб. : Речь, 2008. – 360 с.

УДК 159.953:364.272-053.67

ОСОБЛИВОСТІ ПАМ'ЯТІ ОПІАТЗАЛЕЖНИХ ЮНАКІВ

Бруннер Є.Ю., к. біол. н.,
доцент кафедри психології

У статті для вивчення мнестичної сфери опіатзалежних юнаків діагностували короткочасну, довготривалу та оперативну пам'ять. Установлено, що в наркозалежних погіршення короткочасної пам'яті на слова виражено достовірно сильніше, ніж на числа. У більшості хворих також порушено процеси завчання й переведення інформації в довготривалу пам'ять. Обговорюються питання процесу переробки інформації згідно з отриманою кластерною моделлю та проблеми відновлення пам'яті наркозалежних.

Ключові слова: опіати, короткочасна пам'ять, довготривала пам'ять, оперативна пам'ять, динаміка завчання, кластерна модель обробки інформації.

В статье для изучения мнестической сферы опиатзависимых юношей диагностировали кратковременную, долговременную и оперативную память. Установлено, что у наркозависимых ухудшение кратковременной памяти на слова выражено достоверно сильнее, чем на числа. У большинства больных также нарушены процессы заучивания и перевода информации в долговременную память. Обсуждаются процесс переработки информации согласно полученной кластерной модели и проблемы восстановления памяти наркозависимых.

Ключевые слова: опиаты, кратковременная память, долговременная память, оперативная память, динамика заучивания, кластерная модель обработки информации.

Brunner E.Yu. CHARACTERISTIC FEATURES OF MEMORY IN YOUNG MALE OPIATE-DEPENDENTS

To study the opiate-dependent young males amnesic sphere in our research we diagnosed short-term, long-term and operative memory. In drug-dependent tastes the decrease in short-term memory for words was expressed stronger (statistically significant) than that for figures. The drug-dependents also showed disregulations in the processes of memorization and of transition from the short-term into the long-term memory. Such matters are discussed as the process of information processing according to the received cluster model and the problems of drug-dependants' memory restoration.

Key words: opiates, short-term memory, long-term memory, operative memory, memorization dynamics, cluster model of information processing.



Постановка проблеми. У сучасному суспільстві вивчення хворих на наркотичну залежність викликає великий інтерес. Як свідчать статистичні дані, споживання психоактивних речовин (далі – ПАР) сягнуло критичного рівня; з кожним роком спостерігається подальше зростання кількості наркозалежних [15]. У зв'язку з цим стає важливим дослідження когнітивної сфери осіб зі сформованою та клінічно оформленою залежністю від ПАР з метою контролю процесу їхнього лікування, реабілітації й ресоціалізації, а також розробки принципово нових або доопрацювання та пересмислення вже наявних схем лікування й реабілітації.

Традиційно тема наркоманії належить до галузі інтересів медицини, клінічної психології та патопсихології. У цьому напрямі найбільше вивчали фактори, що зумовлюють наркотизацію, розвиток хвороби й деформацію особистості. Очевидно, що хімічна залежність є результатом дії сукупності факторів, серед яких основними є генетичні, психофізіологічні, психологічні та соціальні.

Уперше симптоми органічних психічних розладів за опіатної залежності описав у своєму посібнику [24] на початку ХХ сторіччя Е. Блейлер, відмітивши зниження пам'яті, слабкість волі, астенію, мінливість настрою у споживачів морфію й підкресливши, що небагато з них залишається повноцінними людьми.

Ступінь розробленості проблеми. Сучасні автори, котрі займаються медичним, психофізіологічним або патопсихологічним аспектом уживання ПАР, відмічають зміни органічних структур головного мозку [1; 2; 8; 9; 18], які, у свою чергу, призводять до змін не тільки стану хворого, а й його когнітивної й особистісної сфер [5; 8; 10; 11; 12]. Відмічається також, що виникнення та становлення наркоманії пов'язане із впливом наркотику передусім на емоційно-позитивні центри головного мозку, що призводить до емоційних зрушень. Наркотичні речовини, активно взаємодіючи з нейрохімічними субстанціями та нейрорецепторами центральної нервової системи, суттєво змінюють функціональний стан головного мозку [2; 8; 11]. У науковій літературі також достатньо уваги приділяється дослідженню особистості наркозалежних [5; 9; 11; 18; 20], в окремих роботах указано особливості їхньої уваги [4; 10; 11; 23]. Однак, незважаючи на велику кількість теоретичних і експериментальних праць, виконаних у цьому напрямі, є явний дефіцит психофізіологічних і психологічних досліджень, що стосуються особливостей пам'яті осіб, залежних від ПАР.

Загалом же відмічається [3–5; 7; 11; 12], що наркотизація опіоїдами призводить до порушення нейрохімічних і нейрофізіологічних процесів, морфологічних змін у головному мозку, розвитку психічних і поведінкових розладів. Ці зміни, у свою чергу, призводять до розладів насамперед гнозису, праксису, пам'яті, уваги, мовлення, інтелекту, міжпівкульової взаємодії.

Що ж до власне мнестичних процесів, то їхнє порушення у хворих з опійною залежністю, за даними М. Рохліної та О. Козлова, зустрічається в 100% випадків [16]. При цьому у хворих знижуються показники оперативної, короткочасної [3; 10; 11; 12], довготривалої безпосередньої й опосередкованої [11] пам'яті. І навіть коли в окремих хворих показники довготривалої та короткочасної пам'яті знаходяться в межах норми, в абсолютній більшості спостерігають порушення динаміки запам'ятовування 10 слів [11].

При цьому, незважаючи на певну розробленість питань особливостей мнестичної сфери наркозалежних, актуальними залишаються питання про межі розподілу показників того чи іншого виду пам'яті, а також про взаємовідносини між різними видами пам'яті у хворих на опійну наркоманію. Розуміння психофізіології цих процесів у кінцевому підсумку зробить можливим адекватний підбір лікувальних, психотерапевтичних і психокорекційних заходів із лікування залежності від ПАР.

Об'єктом дослідження стала пам'ять, предметом – особливості пам'яті в опіатзалежних юнаків.

Метою статті є з'ясування особливостей показників пам'яті, а також їхніх взаємозв'язків у юнаків, що тільки-но припинили вживати ПАР опійної групи.

Виклад основного матеріалу. Дослідження аудіальної довільної пам'яті на слова здійснювали за допомогою методики О. Лурії «Запам'ятовування 10 слів». Під час досліду учасникам експерименту шість разів прочитували той самий набір із десяти не пов'язаних одне з одним слів, які вони мали запам'ятати й відтворити в довільному порядку. Усім піддослідним надавали той самий набір слів. Порядок слів під час читання як усім піддослідним, так і в усіх серіях лишався незмінним. Через одну годину ми просили відтворити слова, які запам'ятали учасники експерименту. Оцінювання пам'яті здійснювали за такими показниками: обсяг короткочасної пам'яті (W-STM, кількість слів), що ми отримували в першій серії експерименту; обсяг довготривалої пам'яті (W-LTM, кількість слів), що перевірявся на основі відтворен-

ня завчених слів через годину; кількість помилково відтворених слів (NEAW, кількість слів). Особливості пам'яті піддослідних ми також оцінювали за введеним нами показником «утрата інформації» через одну годину (IL, %). Показник IL ми обчислювали так: $IL=100-(W-LTM \cdot 100/S_6)$, де S_6 – кількість слів, відтворених піддослідним у шостій серії.

Для дослідження аудіальної короткочасної пам'яті на числа ми застосовували методику Джекобса. Для отримання надійних результатів експеримент складався з чотирьох серій. У кожній серії піддослідним сім разів прочитували ряди чисел, які вони мали запам'ятати й записати в довільному порядку. При цьому перший ряд складався з чотирьох чисел, другий – із п'яти, а останній, сьомий, – із десяти. Після закінчення дослідження обчислювали обсяг аудіальної короткочасної пам'яті на числа (N-STM, кількість чисел).

З метою дослідження обсягу оперативної пам'яті на числа (N-OM, кількість чисел) піддослідним на слух надавали 10 рядів по п'ять чисел, які вони мали запам'ятати, послідовно подумки скласти й записати результат [6; 13; 19].

Статистичну обробку отриманих у процесі дослідження даних здійснювали за допомогою табличного процесора MS Excel, а також пакетів статистичної обробки Statistica for Windows ver. 8.0. Різницю між розглянутими показниками оцінювали за *t*-критерієм Ст'юдента при $P < 0.05$. Ко-

реляційний аналіз здійснювали із застосуванням критерія Спірмена.

У дослідженні взяли участь 65 юнаків 17–23-річного віку, котрі вживали ПАР опійної групи внутрішньовенно протягом одного-п'яти років. Більшість учасників дослідження знаходилася на амбулаторному лікуванні. Власне психодіагностика здійснювалася за 5–7 днів після останнього вживання опіатів. Дослідження здійснювали на базі Центру реабілітації людини (м. Ялта, Україна).

У таблиці 1 подано середні значення показників пам'яті.

Відомо, що нормою обсягу короткочасної пам'яті є звісне «магічне число» Міллера 7 ± 2 [28], як видно з таблиці 1, середні значення показників короткочасної пам'яті хворих на опійну залежність знаходяться на рівні нижньої межі норми. При цьому обсяг короткочасної пам'яті на слова (методика О. Лурії) у 44,6% (29 осіб) сягав критичних значень: двох-чотирьох слів, а дев'ять чи десять слів узагалі ніхто не спромігся відтворити (рис. 1).

Приблизно ту саму ситуацію спостерігаємо й із довготривалою пам'яттю. Ураховуючи, що вже для семирічної дитини, згідно з інтерпретацією, нормою відтермінованого відтворення (довготривалої пам'яті) вважається вісім слів [19, с. 161], у юнацькому віці в нормі цей показник має бути дещо вищим. Як показано в таблиці 1, середнє значення довготривалої пам'яті (W-LTM) на слова у залежних юнаків становило $7,1 \pm 1,9$. При

Таблиця 1

Показники пам'яті 65 опіатозалежних юнаків 17–23-річного віку

	W-STM	W-LTM	IL	NEAW	N- OM	N-STM
Середнє \pm стандартне відхилення	$4,9 \pm 1,5$	$7,1 \pm 1,9$	$18,6 \pm 19,8$	$1,3 \pm 2,2$	$30,0 \pm 7,6$	$6,6 \pm 0,9$

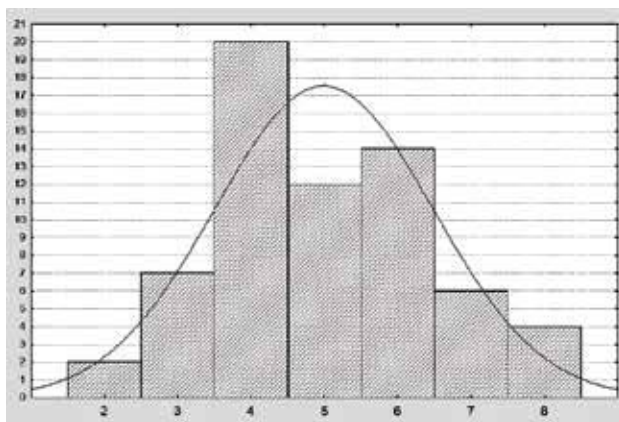


Рис. 1. Частотограма розподілу кількості відтворених слів у першій серії (короткочасна пам'ять). По вісі ординат – кількість осіб, по вісі абсцис – кількість відтворених слів

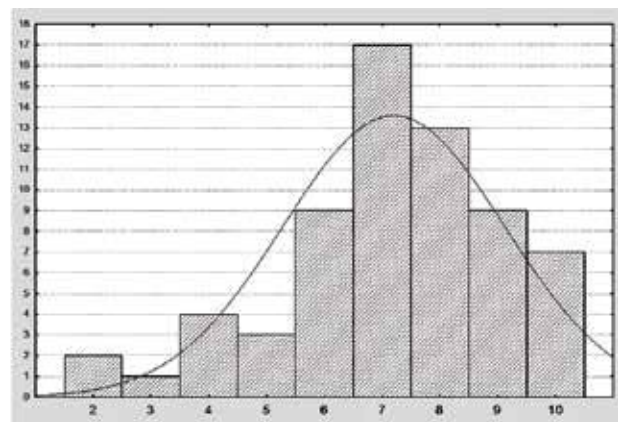


Рис. 2. Частотограма розподілу кількості завчених слів за відтермінованого відтворення (довготривала пам'ять). По вісі ординат – кількість осіб, по вісі абсцис – кількість відтворених слів



цьому в деяких хворих обсяг довготривалої пам'яті сягав у край низьких значень (рис. 2).

Використання *t*-критерію Ст'юдента дало нам змогу встановити, що в піддослідних достовірно ($t=7,869$, $P<0,000000$) знизилася середнє значення показника IL. Іншими словами, через годину піддослідні в середньому забували 18,6% вербальної інформації, причому завченої напам'ять.

Привертає увагу, що 40% піддослідних від серії до серії не раз відтворювали слова, які не були ними прочитані (NEAW, таблиця 1), при цьому в окремих піддослідних їхня кількість за шість серій сягала 11 слів. Отримані нами середні значення кількості помилково відтворених слів збігаються з такими, що знаходимо в літературі [10]. Серед цих слів часто зустрічались такі, що повторювались протягом кількох серій поспіль. Появу таких «зайвих» слів пов'язують із наявністю органічних порушень у головному мозку [17, с. 136]. Вірогідно, їхня поява може бути зумовлена також обсессивно-компульсивним станом піддослідних, підвищеною тривожністю, підвищеною імпульсивністю, ускладненим самоконтролем і зниженою критичністю [5]. Фонетичний аналіз відтворених зайвих слів не виявив схожості з тими, що були прочитані піддослідним. Можливо, ці помилки були пов'язані з помилками сприйняття або із заміщенням асоціаціями, пов'язаними з якимись із слів.

Зазначимо також, що обсяг короткочасної пам'яті на числа на 34,7% достовірно

($t=-8,169$, $P<0,000000$) вищий, ніж на слова. У зв'язку з цим ми можемо припустити, що вживання препаратів опійної групи призводить до порушень мнестичної діяльності, пов'язаної більшою мірою із запам'ятовуванням вербальної інформації, ніж із запам'ятовуванням числової.

На рисунку 3 подано графік динаміки завчання слів за методикою О. Лурії.

Згідно з інтерпретацією, у нормі на третьо-четверту серію піддослідні вже мають відтворити всі слова. Однак на шосту серію з цим завданням упорались тільки 10 осіб (15%), що й відображає графік.

На наступному рисунку (рис. 4) відображено процес відтворення слів залежно від порядку їхнього подання.

Як і очікувалось, на цьому графіку ми бачимо класичну картину «ефекту краю», описаного ще в 1885 р. німецьким психологом Г. Еббінгаузом [26]: інформація, почута на початку та наприкінці, запам'ятовується краще. Вартим уваги тут є те, що слова, прочитані першими й останніми, відтворюються хворими не з однаковою частотою: почуті пізніше достовірно ($t=3,696$, $P<0,00047$) на 10,5% відтворюються гірше, ніж початкові.

Наведені факти переконливо свідчать про те, що вживання препаратів опійної групи в більшості хворих призводить до суттєвих порушень практично всіх мнестичних процесів.

Наступним етапом обробки даних стало проведення кореляційного аналізу між по-

Таблиця 2

Матриця інтеркореляційних взаємозв'язків між показниками пам'яті

Показники пам'яті	W-LTM	IL	NEAW	N-OM	N-STM
W-STM	0,30*	-0,12	-0,28*	0,17	0,24*
W-LTM		-0,86*	-0,31*	0,30*	0,21
IL			0,24*	-0,30*	-0,18
NEAW				0,09	-0,17
N-OM					0,39*

Примітка. Знаком «*» позначено показники, у яких виявлено значущі кореляційні взаємозв'язки.

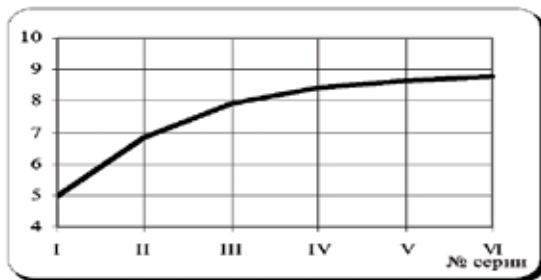


Рис. 3. Динаміка завчання 10 слів. По вісі ординат – середні значення кількості відтворених слів, по вісі абсцис – номер серії

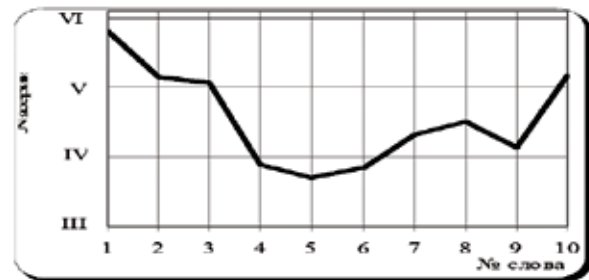


Рис. 4. Відтворення 10 слів за серіями. По вісі ординат – порядковий номер слова, по вісі абсцис – середні значення частоти відтворення цього слова

казниками пам'яті. Його результати подано в таблиці 2.

Кореляційна матриця показує логічну картину взаємовідносин між показниками пам'яті. Так, наприклад, чим краще функціонує короткочасна пам'ять на слова й цифри, тим краще працює й довготривала пам'ять.

Цікавим, на нашу думку, є одночасний значущий прямопропорційний взаємозв'язок довготривалої пам'яті на слова й короткочасної пам'яті на цифри з оперативною пам'яттю на цифри ($r=30$). Вірогідно, це зумовлено тим, що образ числа зв'язується з його словесними аналогами, які знаходяться в довготривалій пам'яті. Тим самим математичні операції проводяться після того, як відбулося порівняння числових образів зі словесними. Звернення до довготривалої пам'яті також може бути пов'язане й зі згадуванням алгоритму або інструкції. Однак це питання потрібно вивчити детальніше.

Не менш цікаві результати, пов'язані й зі втратою інформації. Чим менший цей показник, тим краще розвинена короткочасна та довготривала пам'ять, тим менше помилок робить людина під час відтворення завченої інформації. Водночас, як засвідчує кореляційний аналіз, чим вищий показник **NEAW**, тим більших втрат зазнає інформація на етапі переходу з короткочасної пам'яті в довготривалу.

Для детальнішого розуміння взаємовідносин між показниками пам'яті на наступному етапі обробки отриманих даних нами був проведений кластерний аналіз. Результати кластерного аналізу подано на рис. 5.

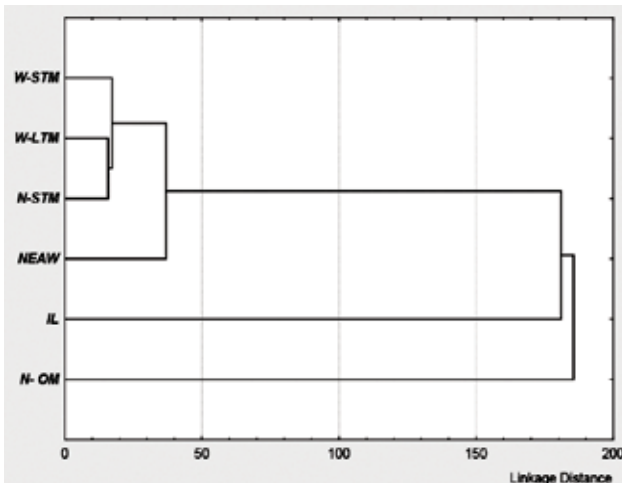


Рис. 5. Горизонтальна дендроподібна кластерограма ієрархічного взаємозв'язку показників пам'яті

Примітка. По вісі абсцис – кластерна вага (ум. од).

На рис. 5 виразно видно, що показники W-LTM і N-STM утворюють єдиний клас-

тер, що може вказувати на процеси порівняння числової інформації, яка надходить, із її словесним «образом», що знаходиться в довготривалому сховищі. Скоріш за все, цей етап безпосередньо пов'язаний зі сприйняттям і процесами упізнання інформації, яка надходить. На наступному етапі обробки сигналу, згідно з кластерною моделлю, ми спостерігаємо процес порівняння прочитаного експериментатором слова, яке щойно надійшло до аудіальної короткочасної пам'яті (W-STM), з інформацією, що знаходиться в довготривалій пам'яті. Ці процеси, вочевидь, безпосередньо пов'язані з упізнанням інформації, мисленням та аналізом. Вірогідно, що в описаній частині кластерограми ми маємо справу з фільтрами ранньої й пізньої селекції інформації, що описали ще в 60–70-ті рр. XX ст. Д. Бродбент [25] і Е. Трейсман [30–32].

На наступних рівнях кластерограми ми спостерігаємо процеси, пов'язані з появою помилок слухового сприйняття (NEAW) у наркозалежних і втратою інформації під час її переходу з короткочасної пам'яті в довготривалу (IL). Отже, можна припустити, що кількість інформації, яка потрапляє в довготривалу пам'ять, може не тільки залежати від впливу зовнішніх факторів, стану людини та різноманітних обмежень, а й бути результатом помилок у сприйнятті й аналізі інформації, що надходить. І ось тут ми стикаємося з чи не найцікавішим фактом. Якщо в довготривалу пам'ять потрапить спотворена інформація, то в наркозалежних уже на найпершому етапі (кластер W-LTM – N-STM) надходження нової інформації може трапитися її помилкове сприйняття. Вірогідно, цим і пояснюється поява так званих «зайвих», себто помилково відтворених, слів, передусім тих, що їх хворі відтворювали не раз від серії до серії в методиці О. Лурії. Стає очевидним, що у зв'язку з тим що в деяких залежних можливі органічні зміни чи стани, які можуть призводити до помилок сприйняття, під час повторного прочитання слів (методика О. Лурії) у таких хворих уже на початковому етапі сприйняття інформації можливі помилки двох видів. Вірогідно, така картина може спостерігатися не тільки у хворих, котрі вживають ПАР, а й у тих, у кого також є органічні зміни в найвищих відділах центральної нервової системи.

Останній рівень кластерограми подано обсягом оперативної пам'яті (N-OM), що визначався нами на основі математичних, а отже, і логічних операцій. У зв'язку з цим стає очевидним, що під час формування аудіальної оперативної пам'яті на числа відбувається складний процес обробки та



порівняння образу числа із його вербальним уявленням у довготривалім сховищі й короткочасній пам'яті. Крім того, переведення інформації з короткочасної пам'яті в оперативну найвищою мірою зазнає впливу помилок сприйняття як у момент надходження інформації, так і на етапі її опрацювання. У зв'язку з цим ми можемо вивести, що вживання опіатів призводить до порушень мислення, пов'язаного із синтезом інформації.

Висновки. Установлено, що погіршення короткочасної пам'яті на слова в наркозалежних виражено достовірно сильніше, ніж на числа. У більшості хворих також порушено процеси запам'ятовування та переведення інформації в довготривалу пам'ять. Так само, як у здорових, в опіатозалежних юнаків яскраво виражений ефект краю, однак, на відміну від здорових, слова, почуті ними на початку, відтворюються достовірно краще, ніж останні. На підґрунті даних про відтерміноване відтворення завчених слів можна зробити висновок, що у хворих порушено процес переведення вербальної інформації з короткочасної пам'яті в довготривалу.

Згідно з отриманою на основі емпіричних даних кластерною моделлю, на перших етапах обробки інформації після її надходження в короткочасну пам'ять аудіальним каналом одним із найважливіших процесів є процес її упізнання. Цей процес відбувається шляхом порівняння інформації, яка щойно надійшла, з тією, що вже зберігається в довготривалій пам'яті. При цьому цікавим, на нашу думку, є процес порівняння слухового образу числа з його словесним уявленням у довготривалому сховищі.

Під час процесів порівняння та упізнання інформації, як засвідчує кластерограма, у піддослідних можуть з'являтися помилки різного роду, які призводять не лише до поточних помилкових дій, а й до спотворення інформації, що надходить в довготривалу пам'ять. Під час формування ж слухової оперативної пам'яті на числа відбувається складний процес обробки й порівняння образу числа з його вербальним уявленням у довготривалому сховищі та короткочасній пам'яті. Процес переведення інформації з короткочасної пам'яті в оперативну найвищою мірою зазнає впливу помилок сприйняття як у момент надходження інформації, так і на етапі її опрацювання. При цьому здійснення математичних операцій із числами подумки відбувається після порівняння числових образів, що знаходяться в короткочасній пам'яті, зі словесними, які знаходяться в довготривалій. Крім того, звернення до довготривалої пам'яті також

може бути пов'язане й зі згадуванням алгоритму або інструкції.

Наостанок хотілося б зазначити, що, незважаючи на те що в більшості сучасних схем лікування наркоманії наявні й медична, і психотерапевтична складові, тим не менше, у них практично відсутні процедури, спрямовані на відновлення пам'яті. Так, наприклад, у деяких працях лише вказується на бажаність використання церебралізину, котрий у хворих на опійну наркоманію зумовлює поступове покращення концентрації уваги, активації процесів розумової діяльності, зростання IQ [16].

Відповідно до отриманої моделі, ми вважаємо, що відновлення пам'яті в наркозалежних у процесі реабілітації потрібно провадити поетапно. Спочатку варто зосередитися на покращенні довготривалої пам'яті шляхом призначення препаратів, які покращують цей вид пам'яті, а також на навчанні хворих прийомам мнемотехніки, що базуються насамперед на оперуванні числовою інформацією. Крім того, водночас із власне терапією мають активно використовуватися техніки медитації й аутотренінгу. Наступним етапом психокорекційної роботи з когнітивною сферою має стати навчання хворих прийомів асоціативного зв'язку числової інформації з вербальною, як, наприклад, у відомому методі локусів, що був рекомендований ще давньоримським оратором Цицероном. Тривалість кожного етапу програми психологічної реабілітації має бути не меншою за 20–25 днів. Це пов'язано з тим, що для тривалого закріплення тієї чи іншої інформації, навички або звички необхідний термін становить мінімум 21 день [22, с. 45; 29].

Подяка

Головлікарю Ялтинського центру реабілітації людини І.В. Олександрову та наркологів І.О. Олександровій за надання допомоги під час організації проведення досліджень.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Абзолеев В.А. Нейрофизиологические аспекты влияния наркотических веществ на центральную нервную систему / В.А. Абзолеев, В.В. Колягин // Тез. междунар. конф. «Наркомания, алкоголизм – угроза цивилизации», 11–13 июня 1998 г. – Иркутск : Оперативная типография «На Чехова», 1998. – С. 16–17.
2. Абзолеев В.А. Патологические механизмы действия наркотических веществ на головной мозг / В.А. Абзолеев, В.В. Колягин // Психосфера. – 2000. – № 1 (11).
3. Баулина М.Е. Нейропсихологический анализ состояния высших психических функций у больных героиновой наркоманией / М.Е. Баулина // Вопросы наркологии. – 2002. – № 1. – С. 57–61.

4. Бруннер Е.Ю. Динамика показателей внимания опиатзависимых юношей при работе с корректурной пробой на основе офтальмологических колец Е. Ландольта / Е.Ю. Бруннер // Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Психологічні науки». – 2014. – № 2 (1). – С. 25–37.
5. Бруннер Е.Ю. Особенности личности мужчин, употребляющих опиоиды / Е.Ю. Бруннер, И.В. Александров, И.О. Александрова // Психиатрический вестник. – 2009. – № 2. – С. 20–29.
6. Диагностика познавательных способностей: методики и тесты : [учеб. пособ.]. – М. : Академический Проект ; Альма Матер, 2009. – 533 с.
7. Ланда А.Н. Некоторые вопросы изучения личности и познавательных функций у больных наркоманией опиатами / А.Н. Ланда // Некоторые проблемы наркомании : сборник научных трудов. – М., 1989. – С. 103–110.
8. Лекции по наркологии / под ред. Н.Н. Иванеца. – М. : Нолидж, 2000. – 448 с.
9. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология: практическое руководство / В.Д. Менделевич. – М. : МЕДпресс-информ, 2002. – 592 с.
10. Нейрокогнитивные расстройства у больных с опиатной зависимостью и их нейропсихологическая диагностика : [пособ. для врачей]. – СПб. : Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, 2008. – 50 с.
11. Новиков И.А. Основные направления социально-психологической реабилитации наркоманов в условиях стационара : автореф. дисс. ... канд. психол. наук : спец. 19.00.05 «Социальная психология» / И.А. Новиков. – Ярославль, 2004. – 24 с.
12. Оруджев Н.Я. Дезадаптация лиц с наркологическими заболеваниями : автореф. дисс. ... докт. мед. наук / Н.Я. Оруджев. – М., 2002. – 39 с.
13. Практикум по общей экспериментальной и прикладной психологии / под ред. А.А. Крылова, С.А. Маничева. – СПб. : Питер, 2000. – 560 с.
14. Применение церобролизина в терапевтической программе при героиновой наркомании / [М.Л. Рохлина, А.А. Козлов, Н.Н. Усманова, Е.А. Смирнова] // Современные проблемы наркологии : матер. Междунар. научно-практич. конф. 18–20 ноября 2002 г., Москва. – М., 2002. – С. 98–102.
15. Рибалов О.В. Сучасний погляд на діагностику токсичного некрозу щелепних кісток у наркозалежних пацієнтів / О.В. Рибалов, Д.С. Аветіков, О.С. Іваницька // Актуальні проблеми сучасної медицини : вісник Української медичної стоматологічної академії. – 2013. – Т. 13. – Вип. 4. – С. 248–253.
16. Рохлина М.Л. Психоорганический синдром у больных наркоманиями / М.Л. Рохлина, А.А. Козлов // Вопросы наркологии. – 2000. – № 3. – С. 29–35.
17. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии / С.Я. Рубинштейн. – М. : ЭКСМО-Пресс, 1999. – 448 с.
18. Руководство по аддиктологии / под ред. проф. В.Д. Менделевича. – СПб. : Речь, 2007. – 768 с.
19. Семаго Н.Я. Теория и практика оценки психического развития ребенка. Дошкольный и младший школьный возраст / Н.Я. Семаго, М.М. Семаго. – СПб. : Речь, 2006. – 161 с.
20. Сиволап Ю.П. Предмет и основные понятия наркологии: представление об аддиктивных расстройствах / Ю.П. Сиволап // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2010. – № 110/5. – С. 3–10.
21. Старшенбаум Г.В. Динамическая психиатрия и клиническая психотерапия / Г.В. Старшенбаум. – М. : Изд-во Высшей школы психологии, 2003. – 367 с.
22. Фурман А.В. Психологія Я-концепції : [навчальний посібник] / А.В. Фурман, О.Є. Гуменюк. – Львів : Новий Світ, 2006. – 360 с.
23. Шабанов П.Д. Основы наркологии / П.Д. Шабанов. – СПб. : Лань, 2002. – 560 с.
24. Bleuler E. Lehrbuch der Psychiatrie / E. Bleuler. – Berlin ; Heidelberg : Springer & Verlag, 1983. – 744 s.
25. Broadbent D.E. Decision and Stress / D.E. Broadbent. – London : Academic Press, 1971. – 522 p.
26. Ebbinghaus H. Memory: a contribution to experimental psychology / H. Ebbinghaus. – New York : Dover Publications, 1987. – 123 p.
27. Method-of-Loci as a mnemonic device to facilitate access to self-affirming personal memories for individuals with depression clinical / Dagleish T., Navrady L, Bird E., et. all // Psychological science. – 2013. – Vol. 1. – P. 156–162.
28. Miller G. The magical number seven, plus or minus two: Some limits on our capacity for processing information / G. Miller // The psychological review. – 1956. – № 63. – P. 81–97.
29. Tracy B. Million dollar habits: practical, proven power practices to double and triple your income / B. Tracy. – Irvine, CA : Entrepreneur Press, 2006. – 315 p.
30. Treisman A.M. Monitoring and storage of irrelevant messages in selective attention / A.M. Treisman // J. of Verbal Learning and Verbal Behavior. – 1964. – № 3. – P. 449–459.
31. Treisman A. Selective attention in man / A. Treisman // British Medical Bulletin. – 1964. – Vol. 20. – P. 12–16.
32. Treisman A. Strategies and models of selective attention / A. Treisman // Psychological Review. – 1969. – Vol. 76. – P. 282–299.