

УДК 159.97

*Михайлов М.А., Цветков А.В.**Московский научно-практический центр наркологии***СМЫСЛООБРАЗОВАНИЕ В ПРОЦЕССЕ РЕДУКЦИИ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ВЛЕЧЕНИЯ НА РАЗНЫХ ЭТАПАХ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ГЕРОИНОВОЙ НАРКОМАНИЕЙ***M. Mikhailov, A. Tsvetkov**Moscow Science and Practical Centre for Addictions***MEANING-MAKING IN THE PROCESS OF PATHOLOGICAL ATTRACTION REDUCTION AT DIFFERENT STAGES OF HEROIN ADDICTS REHABILITATION**

Аннотация. Исследовано четыре группы людей: больные героиновой наркоманией, находящиеся на первичной (детоксикация и групповая психокоррекция), углубленной (программа «12 шагов») и амбулаторной поддерживающей реабилитации, а также здоровые лица. На основе методов ранжирования жизненных смыслов, измерения рефлексивности и эмоционального интеллекта показано, что в процессе стадийной реабилитации больных в стационаре у них падает ориентация на гедонистические смыслы, растет рефлексивность, динамика общей осмысленности жизни подчинена логике стадий реабилитации — снижаясь в начале, по мере осознания факта болезни, она приближается к нормативным показателям по мере завершения лечебного курса.

Ключевые слова: смыслообразование, программа «12 шагов», больные героиновой наркоманией, патологическое влечение.

Abstract. Four groups were studied: heroin-dependent persons undergoing primary rehabilitation (detoxification and group psycho-correction), in-depth rehabilitation (the «12-step» program) and outpatient supporting rehabilitation, as well as healthy persons. The following methods were used: basic values ranking, reflexivity measurement and emotional intelligence evaluation. The results reveal that in the process of stage-rehabilitation hospital patients' orientation on hedonistic values decreases, reflexivity increases; life evaluation corresponds to the stages of rehabilitation — during the early phase it degrades as the awareness of the disease increases, but on completion of the course of treatment it approaches the norm.

Key words: meaning-making, «12-step» program, patients with heroin dependence, pathological addiction, rehabilitation

Употребление наркотиков является одной из главных не только медицинских, но и социальных проблем России. По данным ООН, Россия входит в пятерку стран с наибольшим количеством наркоманов в процентном отношении. За последние 10 лет (с 2001 по 2010 гг.) число официально состоящих на наркологическом учете выросло с 369 до 550 тыс. человек, при этом, учитывая международные методики, следует применять мультипликатор 1:5, получая цифру в 2-2,5 млн. человек, т. е. около 2 % населения страны [9]. Ежегодно [10] почти 75 тыс. человек впервые пробуют наркотики, а 30 тыс. — погибают вследствие их потребления. При этом почти 90 % наркозависимых потребляют опиаты.

Поэтому актуальность проблемы реабилитации героиновых наркоманов не вызывает сомнений. При этом существует ряд нерешенных вопросов: а) редукция патологического влечения к наркотику и вовлечение больных наркоманией в процесс реабилитации; б) снижение психопатологической симптоматики и удержание больных в рамках реабилитационной программы; в) формирование стойкой ремиссии. По данным Управления госу-

дарственного антинаркотического комитета по Приволжскому ФО, в государственных реабилитационных программах участвуют в среднем 8,4 % больных наркоманией. Доля лиц, успешно закончивших программы, достаточно высока и составляет в среднем по округу 67,3 % амбулаторно, 81,4 % — в условиях стационара. Показатель ремиссии, т. е. воздержания от употребления наркотиков после прохождения курса реабилитации в течение трех лет составляет 26 % [8], процент ремиссий в негосударственных реабилитационных центрах колеблется от 3 до 72. Из приведенных данных видно, что наибольшие проблемы возникают с вовлечением пациентов в реабилитацию и с формированием стойкой ремиссии, т. е. в звене редукции патологического влечения, в то же время в период нахождения в клинике «срывается» относительно малая часть больных.

С нашей точки зрения [4], это связано с разрушением в ходе болезни смысловой сферы личности, бредового паралоогического смыслообразования, направленного исключительно на удовлетворение сверхценной потребности в наркотике, возникновением «смыслового вакуума», заполнить который и призваны реабилитационные программы.

В этой связи была сформулирована **цель** работы: выявить динамику смыслообразования у больных героиновой наркоманией на разных этапах медико-психологической реабилитации.

Гипотеза исследования: в процессе реабилитации смысловая сфера больного наркоманией приближается к параметрам смысловой сферы у здоровых людей того же возраста.

Методологической основой работы были положения отечественной теории деятельности и установки (А.Н. Леонтьев, С.Л. Рубинштейн, А.Г. Асмолов, Д.Н. Узнадзе и др.), а также *эмоционально-ценностная теория смыслообразования* [7], согласно которой жизнь и деятельность обретают смысл для личности при условии, если они выступают для неё как источники *позитивных, прежде всего, переживаемых ценностей*.

В отечественной психологии первая попытка раскрыть содержание понятия

«смысл» была предпринята А.Н. Леонтьевым, он понимал его как отношение мотива деятельности к цели [3], т. е. вкладывал только познавательное содержание. Согласно Б.С. Братусю [2], вопрос о смысле — это вопрос, ради чего совершается то или иное действие, деятельность человека. Очевидно, что слово «ради» легко интерпретируется через понятие мотив. Ещё Л.С. Выготский употреблял слова «ради чего» и «мотив» как синонимы [цит. по 1]. Тогда возникает вопрос: имеет ли эвристическое значение введение в научный оборот понятия «смысл», если оно является всего лишь синонимом к слову «мотив»?

В данной работе использовался ценностный подход к смыслу, разработанный Р.Х. Шакуровым [7]. Аналогичного взгляда придерживался и В. Франкл [6]. Исходя из эмоционально-ценностной парадигмы, можно сказать: личностные смыслы — привлекательные конкретные ценности, выступающие как условия повышения и сохранения общей ценности жизни для данного человека, его привязанности к ней [7]. Ценности выполняют взаимосвязанные функции — жизнеутверждающую и мотивирующую. Первая состоит в том, что привлекательные, радующие объекты поддерживают эмоциональный тонус личности и привязывают ее к жизни, вызывают оптимистическое мировосприятие. А вторые, выступая в роли мотивов, побуждают к действию. Эти две функции ценностей не всегда совпадают [7].

Согласно К.Г. Сурнову [5], порожденные патологическим влечением к наркотику и зависимостью установки личности оказывают существенное влияние на процессы смыслообразования не только внутри наркозависимости, но и внутри деятельностей, подчиненных другим мотивам или ценностям. Согласно нашим наблюдениям, наркозависимые личности о причинах потребления чаще всего говорят, либо драматизируя обстоятельства («умер отец...», «жизнь заставила»), либо упрощая проблему до уровня потребности в «снятии стресса» и т. д. Возможно, причина таких ответов кроется в том, что,

находясь в состоянии патологического влечения, эти личности всё меньше и меньше осознают всё то, что с ними происходит. Таким образом, мы снова приходим к необходимости вскрыть природу механизмов смыслообразования у зависимых личностей.

Методы и выборка: исследование проводилось на базе Московского научно-практического центра наркологии с участием 3 групп пациентов, находящихся на первичной (детоксикация и групповая психокоррекция), реабилитационной (работа по программе «Чистота», построенной на идеологии «12 шагов», Миннесотской модели) и амбулаторной «постлечебной» программах реабилитации, общей численностью 32 человека; также в исследовании принимали участие 14 здоровых испытуемых того же возрастного и образовательного уровня. Все испытуемые — мужчины. В работе использовались методы: тест смысложизненных ориентаций Д.А. Леонтьева, тест на эмоциональный интеллект Н. Холла, опросник жизненных смыслов Ю.В. Котлякова, опросник рефлексивности А.В. Карпова.

Результаты исследования. Тест Ю.В. Котлякова предполагает ранжирование 24 высказываний и нахождение суммы рангов по их группам. Итоговые результаты — это значения сумм рангов по 8-ми жизненным смыслам, на каждый из которых приходится по 3 высказывания. Чем ниже ранг, тем выше значимость смысла для испытуемого.

Если рассматривать все исследуемые группы как факторы, влияющие на изучаемые показатели жизненных смыслов, то мы вынуждены констатировать очень незначительные различия. В частности, экзистенциальные смыслы (свобода, просто жить, любовь) менее всего представлены в выборке больных после реабилитации (18) и на первичном этапе (17,5), выше всего — в контрольной выборке нормы (15,33) ($H = 7,6; p = 0,056$). Смысл коммуникации имеет тенденцию к низким показателям в выборках больных на первичном этапе (17,5) и в процессе реабилитации (17), в контрольной выборке и после реабилитации данный смысл выражен выше (15) ($H = 7,3; p = 0,064$). Когнитивные смыслы, связанные с самопониманием, пониманием жизни либо познанием Бога менее всего выражены на первичном этапе реабилитации (17) и после нее (16,5), наибольшее значение эти смыслы обретают в контрольной выборке здоровых (12,5) ($H = 7,7; p = 0,051$) (См. табл.1).

Полученные различия, с одной стороны, отражают характерные различия аддиктивных и обычных личностей, с другой — дают важную информацию для понимания смыслообразования в процессе редукции патологического влечения и реабилитации. В частности, экзистенциальные смыслы, связанные с личной свободой, жизнью, любовью практически одинаковы в выборках и в процессе

Таблица 1

Ранжирование жизненных смыслов по Ю.В. Котлякову

	1. Норма (Me, N=14)	2. Первичный этап (Me, N=12)	3. В процессе реаб. (Me, N=10)	4. После реаб. (Me, N=10)	H	p
Альтруизм	11,65	12,50	10,00	13,00	5,6	0,133
Экзистенц.	15,33	17,50	16,50	18,00	7,6	0,056
Гедонизм	13,00	17,50	15,50	16,50	3,4	0,335
Самореализация	17,00	17,50	15,00	17,00	2,7	0,438
Статус	16,12	15,50	15,50	16,50	0,4	0,931
Коммуникация	15,00	17,50	17,00	15,00	7,3	0,064
Семья	17,52	18,50	16,00	16,50	0,8	0,845
Когнитивные	12,50	17,00	14,00	16,50	7,7	0,051

реабилитации. Судя по всему, условия, в которые попадают молодые люди, работая по программе «12 шагов», приводят к размышлениям на эту тему и повышают значимость экзистенциальных смыслов. Однако этот эффект оказывается недолговременным. После реабилитации эти экзистенциальные смыслы опять теряют свою значимость, причем становятся еще менее значимыми, чем на первичном этапе реабилитации.

Смыслы, связанные с общением, потребностью в других и желанием быть нужным, снижают свою значимость на период первичной реабилитации и самого процесса реабилитации по программе «12 шагов». Однако уровень выраженности этих смыслов одинаков у обычных молодых людей и прошедших реабилитацию. Мы не интерпретируем полученную закономерность как негативную. По нашему предположению, процесс редукции патологического влечения и реабилитации делает коммуникативные смыслы менее актуальными, так как эти смыслы активно реализуются в процессе реабилитации, поэтому пациенты меньше обращают на них внимание. При этом программа реабилитации оказывает положительный эффект, так как после нее смыслы, связанные с коммуникацией, оказываются выражены на уровне обычных личностей. Эта закономерность — яркое свидетельство снижения уровня патологического влечения и положительного эффекта реабилитации.

Нелинейность выраженности когнитивных смыслов ярко заметна при анализе процесса реабилитации. В норме у молодых людей когнитивные смыслы выражены на 12 баллов. Отметим, что это вторая по значимости (после альтруизма) сфера жизненных

смыслов. У молодых людей на первичном этапе и после реабилитации эта сфера выражена гораздо меньше (16,5 – 17 баллов), однако в процессе реабилитации смысл познания себя и жизни повышает свою значимость до 14 баллов. Судя по всему, процесс реабилитации оказывает лишь временное активизирующее воздействие на когнитивные смыслы, после процесса реабилитации молодые люди теряют смысл познавать себя и свою жизнь.

Результаты теста измерения уровня рефлексивности Карпова были переведены нами в Т-баллы. Это позволяет нам рассуждать в терминах интервалов норм и сравнивать выборки между собой на основе этих норм (См. табл. 2).

Рефлексивность значимо не различается в зависимости от этапа реабилитации и находится на среднем уровне независимо от выборки (49-52 Т-балла). Колебания значений в диапазоне 3-х Т-баллов не являются значимыми ($H = 3,1; p = 0,374$). Из этого следует, что, во-первых, аддиктивные молодые люди и обычные не различаются по уровню рефлексивности и, во-вторых, процесс реабилитации не оказывает влияния на рефлексивность в том понимании, в каком она отражена в методике А.В. Карпова, т. е., по сути, склонность обдумывать свои действия и обдуманно планировать будущие действия находится у молодых людей на среднем уровне независимо от наличия аддикции и не зависит от процесса реабилитации.

Результаты всех шкал СЖО также были переведены в Т-баллы на основе среднего арифметического и стандартного отклонения, предоставленных авторами теста (См. табл. 3).

Таблица 2

Результаты измерения рефлексивности по А.В. Карпову

	1. Норма (Me, N=14)	2. Первичный этап (Me, N=12)	3. В процессе реаб. (Me, N=10)	4. После реаб. (Me, N=10)	H	p
Рефлексивность	49,25	50,50	52,25	49,00	3,1	0,374

Таблица 3

Результат измерения СЖО

	1. Норма (Me, N=14)	2. Первичный этап (Me, N=12)	3. В процессе реаб. (Me, N=10)	4. После реаб. (Me, N=10)	H	p
СЖО Общий	47,60	37,30	31,30	39,65	11,3	0,01
Цель	45,95	37,50	29,05	42,55	12,6	0,006
Процесс	41,90	37,40	32,90	43,00	3,8	0,289
Результат	45,45	37,30	35,00	43,15	14,7	0,002
Локус контроля «Я»	49,70	38,00	32,80	40,60	7,3	0,064
Локус контроля Жизнь	48,90	36,00	37,70	39,40	11,9	0,008

Смыслоразнозначные ориентации значительно варьируют в зависимости от этапа реабилитации. В первую очередь, следует отметить, что медианы значений на первичном этапе и в процессе реабилитации находятся ниже нормы. У обычных молодых людей и у молодых людей после реабилитации и редукции патологического влечения к наркотику большинство шкал либо в пределах нормы, либо на нижней границе средних баллов. Также важно отметить, что ни одна шкала не выходит за пределы 50 T-баллов, что говорит о тенденции к низким значениям по данной методике, так как средним считается диапазон от 40 до 60 T-баллов.

Общий результат по тесту СЖО наиболее высок в выборке обычных молодых людей и находится на среднем уровне (47,6 T-балла). В группах реабилитации и постреабилитационной группе общий уровень смысловых ориентаций понижен, ниже всего он в группе, находящейся в процессе реабилитации (31,3 T-балла) ($H = 11,3; p = 0,01$). Полученные различия позволяют, в первую очередь, сделать вывод о значительно более высокой осмысленности жизни у обычных молодых людей по сравнению с аддиктивными, особенно находящимися в состоянии патологического влечения. Другой важной закономерностью является значительное снижение осмысленности жизни непосредственно в процессе реабилитации по программе «12 шагов» и повышение этого показателя после реабилитации. Отметим, что и после реабилитации среднее значение

общего показателя осмысленности жизни не вошло в пределы нормы и осталось на низком уровне. В связи с этим мы приходим к выводу о слабой эффективности программы «12 шагов» в отношении формирования общей осмысленности жизни. Далее мы проанализируем показатели этого теста более детально, чтобы выяснить, какие конкретно характеристики смысловых ориентаций больше всего ухудшаются в процессе реабилитации молодых людей.

Наличие в будущем целей, которые придают жизни осмысленность, направленность и временную перспективу, значительно зависит от выборки и этапа реабилитации. Так, в группе обычных молодых людей и молодых людей после реабилитации этот показатель находится в пределах средних T-баллов, низкий показатель — у молодых людей на первичном этапе. Наихудшие показатели, значительно ниже средних, у молодых людей в процессе реабилитации ($H = 12,6; p = 0,006$). По сравнению с другими показателями наличие жизненных целей сильнее всего падает в процессе реабилитации по программе «12 шагов», однако важно отметить, что после реабилитации этот показатель возрастает и оказывается на нижней границе средних баллов, также он оказывается выше, чем у молодых людей на первичном этапе. Судя по всему, программа «12 шагов» работает с небольшим эффектом запаздывания, сам процесс способствует снижению осознания своих жизненных целей, однако в результате этого процесса мы наблюдаем нормализацию

данного показателя, что является положительным результатом.

Интерес к жизни и эмоциональная насыщенность жизни статистически не различаются в зависимости от выборки, однако вариативность средних баллов показывает, что у обычных молодых людей и у молодых людей после реабилитации этот показатель находится в пределах нормы, а на первичном этапе и в процессе работы — ниже среднего.

Оценка результативности жизни выше всего в выборке обычных молодых людей, ниже нормы — на первичном этапе и в процессе реабилитации, в пределах нормы — после реабилитации ($H = 14,7; p = 0,002$). Закономерность изменения данного показателя аналогична осмысленности целей: молодые люди на первичном этапе реабилитации негативно оценивают прожитую жизнь, однако непосредственно в процессе реабилитации их пессимизм в отношении своего прошлого только усиливается. Это, вероятно, является признаком процесса переоценки своей жизни, понимания ее смысла, так как после реабилитации показатель значительно возрастает и оказывается в пределах нормы, практически на том же уровне, на котором находится у обычных молодых людей. Таким образом, программа реабилитации позволяет молодым людям задуматься над своей жизнью, не исключено, что задает новую систему ценностей, через призму которых прожитая жизнь выглядит еще хуже, чем до программы реабилитации. При этом программа дает и возможность положительной переоценки собственной жизни, что выражается в возрастании показателя оценки прожитого.

Убежденность в собственных возможностях построить свою жизнь, свободе собственного выбора находится на среднем уровне у обычных молодых людей (49,7 T-баллов), у молодых людей на первичном этапе этот показатель значительно ниже (38), в процессе реабилитации локус контроля «Я» снижается до 32 баллов и возвращается в нижний предел нормы после реабилитации (40) ($H = 7,3; p = 0,064$). Различия между обычными молодыми людьми и молодыми

людьми после реабилитации достаточно сильны и составляют 9,1 T-балл, что практически достигает значений 1σ. Судя по всему, программа оказывается малоэффективной в формировании данной характеристики. При этом мы можем наблюдать ранее описанную закономерность: непосредственно в самом процессе реабилитации локус контроля «Я» имеет самую низкую оценку, а затем несколько увеличивается. Судя по всему, воздействие программы «12 шагов» основано на достаточно серьезной переоценке собственных способностей и возможностей в плане контроля своей жизни, что отражается в пессимистических взглядах молодых людей на эту способность. После прохождения программы молодые люди в целом с большим оптимизмом смотрят на свои возможности принимать важные решения в собственной жизни.

Убежденность в управляемости собственной жизни также значительно выше у молодых людей из группы нормы (48,9 T-баллов), чем у молодых людей после реабилитации (39,4 T-балла), поэтому мы не можем констатировать значительный успех программы реабилитации в развитии этого показателя. Однако, в отличие от предыдущих показателей, убежденность в управляемости собственной жизни равномерно возрастает от первичного этапа до послереабилитационного этапа ($H = 11,9; p = 0,008$). Судя по всему, одной из достигнутых целей программы реабилитации можно считать некоторое снижение фатализма и убежденности в невозможности контролировать свою жизнь.

Рассмотрим результаты по тесту эмоционального интеллекта Н. Холла (См. табл. 4).

Нормы по тесту эмоционального интеллекта были выведены авторами теста на взрослой выборке, поэтому большинство молодых людей попали в диапазон ниже нормы (40-60 T-баллов). Тем не менее мы можем выяснить, влияет ли фактор выборки и процесс на баллы данного теста. Все без исключения шкалы данного теста значительно различаются в зависимости от выборки. Общий показатель эмоционального интеллекта выше

всего в выборке обычных молодых людей и у молодых людей после реабилитации, на первичном этапе и в процессе реабилитации эмоциональный интеллект снижен ($H = 14,3$; $p = 0,002$). Причем ниже всего общий показатель у молодых людей в процессе реабилитации (35,85 Т-баллов).

Управление эмоциями находится в пределах средних баллов у молодых людей из выборки без наркомании и на первичном этапе. На послереабилитационном этапе управление эмоциями ниже, чем у обычных молодых людей, однако также в пределах нормы. У молодых людей в процессе реабилитации наступает снижение данного показателя до 39,85 Т-баллов ($W = 9,9$; $p = 0,19$). Мы не склонны расценивать эту закономерность как реальное снижение умения управлять своими эмоциями. С нашей точки зрения, происходит снижение оценки, но не реального показателя. Судя по всему, процесс реабилитации дает возможность молодому человеку посмотреть на свою способность к самоконтролю с другой стороны, более объективно, в связи с чем оценка оказывается несколько занижена. При этом после процесса реабилитации способность управлять своими эмоциями оценивается молодыми людьми на среднем уровне.

Самотивация в выборке обычных молодых людей находится в пределах нормы, у молодых людей на первичном этапе самотивация также в пределах нормы, однако находится на её нижней границе. У молодых людей, находящихся в процессе реабилитации и после нее, самотивация ниже нор-

мы ($H = 16,8$; $p = 0,001$). Эмпатия находится на среднем уровне у обычных молодых людей, на нижней границе нормы — у молодых людей на первичном этапе и после реабилитации. В процессе реабилитации у молодых людей наблюдается пониженный уровень эмпатии ($H = 10,1$; $p = 0,018$). Оба этих показателя (самотивация и эмпатия) повторяют закономерность, описанную для характеристики управления эмоциями. Они снижаются непосредственно на процессе реабилитации и восстанавливаются до среднего уровня после нее.

Умение распознавать и воздействовать на эмоции других людей у обычных молодых людей находится на среднем уровне (50 Т-баллов), на первичном этапе реабилитации больных этот показатель ниже нормы и составляет 38,86 Т-баллов, в процессе реабилитации данная способность ухудшается до 37,05 Т-баллов и 33,35 баллов — после нее. Снижение этого показателя говорит о взрослой в процессе реабилитации эмоциональной зависимости молодых людей, они больше не отмечают у себя способность видеть настоящие эмоции или влиять на выбор других людей. Возможно, это связано с их переубежденностью в способности понимать и контролировать эмоции при актуализации патологического влечения на стадии аддикции. В процессе реабилитации им открылась другая сторона этой способности, без негатива и вне отношений, связанных с аддикцией, что значительно снизило оценку данной характеристики молодым людям.

Таблица 4

Результат тестирования эмоционального интеллекта по Н. Холлу

	1. Норма (Me, N=14)	2. Первичный этап (Me, N=12)	3. В процессе реаб. (Me, N=10)	4. После реаб. (Me, N=10)	H	p
Эмоциональный интеллект	38,15	36,15	35,85	38,70	14,3	0,002
Управление эмоциями	55,80	51,70	39,85	47,50	9,9	0,019
Самотивация	53,00	41,70	34,15	36,95	16,8	0,001
Эмпатия	49,05	40,70	34,25	41,65	10,1	0,018
Распознавание эмоций	50,00	38,85	37,05	33,35	8,3	0,04

Выводы:

1. Показано, что этапы исследованной модели реабилитации (первичная реабилитация — программа «Чистота» — постлечебная программа) оказывают различное воздействие на патологическое влечение и смыслообразование пациентов, зависимых от героина, и поэтому могут рассматриваться как система мероприятий, а не как сумма разнонаправленных воздействий.

2. Показано, что гедонистические смыслы выше всего в группе здоровых личностей, а ниже — на начальном этапе реабилитации, когда больной проходит через болезненную абстиненцию, этап «раскаяния» в своей зависимости и катастрофические флуктуации патологического влечения к наркотику. В то же время экзистенциальные смыслы выше всего в группе нормы и в группе, работающей по программе «Чистота» (модель «12 шагов»), что свидетельствует об активизации смыслообразования в процессе углубленной реабилитации.

3. Рефлексивность пациентов нарастает по мере прохождения этапов реабилитации и приходит к нормативным показателям на уровне постлечебной программы, в то же время общая осмысленность жизни (по СЖО Д.А. Леонтьева) падает, что свидетельствует об осознании закономерностей болезни в процессе реабилитации. Также падает (и возвращается к околонормативным показателям на уровне постлечебной программы) уверенность больных в своей способности к распознаванию и управлению эмоциями — эмоциональному интеллекту. Все это свидетельствует об активизации процессов саморегуляции и снижения уровня патоло-

гического влечения в процессе реабилитационных воздействий.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Асмолов А.Г., Братусь Б.С., Зейгарник Б.В., Петровский А.А., Субботский В.В., Хараш А.У., Цветкова Л.С. О некоторых перспективах исследования смысловых образований личности // Вопросы психологии, 1979. № 4. С. 35-36.
2. Братусь Б.С. Аномалии личности. М., 1988. 304 с.
3. Леонтьев А.Н. Деятельность, сознание, личность. М., 1975. 304 с.
4. Михайлов М.А. Патологическое влечение к психоактивным веществам и смыслообразование // Вестник славянских культур. М., 2011. №1. С. 95-104.
5. Сурнов К.Г. Динамика установки на трезвость в процессе лечения больных алкоголизмом // Вестник МГУ. Серия 14. «Психология», 1981. № 3. С. 48-53.
6. Франкл В. Человек в поисках смысла. Сборник; пер. с англ. и нем., М., 1990. 368 с.
7. Шакуров Р.Х. Теоретические проблемы исследования ценностей // Ценностные ориентации студентов вузов. Наб. Челны, 1998. С. 8-28.
8. Интернет-конференция: Система реабилитации наркозависимых лиц в ПФО. Роль общественных организаций в социальной реабилитации и ресоциализации наркозависимых лиц. [Электронный ресурс] URL: <http://www.pfo.fskn.gov.ru/ru/advanced/363/2874> (дата обращения: 21.09.2011).
9. Статистика распространения наркомании в России в 2000–2010 гг. Справка. [Электронный ресурс] URL: <http://www.rian.ru/spravka/20100422/225438645.html> (дата обращения: 21.09.2011).
10. Виды и действия наркотиков и статистика смертности от них. Справка [Электронный ресурс] URL: <http://ria.ru/spravka/20100309/213045359.html> (дата обращения: 21.09.2011)