



Э.П. Станько¹, С.А. Игумнов^{2,3}

ШКАЛА ОЦЕНКИ УРОВНЯ ДЕЗАДАПТАЦИИ ПАЦИЕНТА С ОПИЙНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

¹Гродненский государственный медицинский университет

Республика Беларусь, 230009, г. Гродно, ул. Горького, 80

²Белорусский государственный медицинский университет

Республика Беларусь, 220116, г. Минск, пр. Дзержинского, 83. E-mail: Sigumnov67@gmail.com

³Государственный институт управления и социальных технологий

Белорусского государственного университета

Республика Беларусь, 220004, г. Минск, ул. Обойная, 7.

Цель: разработка и апробации шкалы определения уровня дезадаптации пациентов с опийной зависимостью.

Материалы и методы: на исследовательском материале (264 испытуемых) показаны высокие показатели надежности-согласованности, ретестовой надежности, конвергентной валидности, чувствительности и специфичности методики.

Результаты: шкала является эффективным инструментом в объективной оценке комплексного и сочетанного влияния различных факторов, их роли и информативности на формирование дезадаптации пациентов с опийной зависимостью, определяющих течение и прогноз заболевания.

Заключение: шкала определения уровня дезадаптации пациентов с опийной зависимостью обеспечивает эффективную диагностику уровня их клинико-социального функционирования, установление влияния различных факторов на характер и прогноз заболевания, что позволяет определить объем и направленность профилактических, лечебных и организационных мероприятий.

Ключевые слова: опийная зависимость, дезадаптация, шкала, оценка, надежность, валидность, чувствительность, специфичность.

E.P. Stan,ko¹, S.A. Igumnov^{2,3}

THE SCALE OF ESTIMATION OF THE LEVEL OF DESADAPTATION OF THE PATIENTS WITH OPIOID DEPENDENCE

¹Grodno State Medical University

80 ul. Gorkogo, Grodno 230009, Belarus

²Belarusian State Medical University

83, Dzerzinski Ave, Minsk, 220116, Belarus

³State Institute of Management and Social Technologies, Belarusian State University

7 Oboinaya str, Minsk, 220004, Belarus.

Purpose: The research is devoted to working out and approbation of the scale for defining the level of desadaptation of patients with opioid dependence.

Material and methods: The material under the investigation (264 subjects) shows high indices of validity-coordination, retest validity, convergence validity and the specific character of the methods undertaken.

Results: The scale is an effective instrument in the objective assessment of the complex influence of interconnected factors, their role and informative character in the formation of desadaptation of patients with opioid dependence which influence the course and prediction of the disease.

Summary: The scale for defining the level of desadaptation of patients with opioid dependence which allows diagnosing the level of their clinical and social functioning, defining the impact of various factors on the character and prediction of the disease, which makes it possible to determine the volume and direction of preventive, medical and organization measures.

Keywords: opioid dependence, desadaptation, scale, assessment, validity, sensitivity, specific character.



Введение

Распространение и доступность наркотических веществ в сочетании с увеличением их употребления способствуют росту наркозависимых пациентов и приводят к выраженным медико-социальным последствиям [1, 2]. Увеличивается число лиц с зависимостью от наркотиков с соматоневрологическими, инфекционными, психическими расстройствами, которые снижают адаптационные возможности пациентов и затрудняют их функционирование в семье и обществе [3, 4]. Меняется социальная ориентация личности потребителя наркотиков, что приводит к его социально-трудовой дезадаптации и криминальному поведению [5, 6]. Особая социальная опасность и тяжелые последствия зависимости от наркотиков при присоединении ВИЧ-инфекции обуславливают постоянное внимание исследователей к этой проблеме [7, 8]. Присоединение ВИЧ-инфекции способствует усилению деградации личности пациентов с опийной зависимостью с нарастанием морально-этического снижения, антисоциальным поведением, увеличением риска суицидального поведения, явлениями стигматизации, самостигматизации и социальной дезадаптации [8].

На сегодняшний день проблема дезадаптации пациентов с опийной зависимостью (ПОЗ), поиска методик для ее измерения, характеризующихся удовлетворительными психометрическими свойствами, является одной из наиболее сложных и актуальных. Причины повышенного внимания исследователей к дезадаптации ПОЗ связаны с попытками определить их адаптивные способности к адекватному пониманию своего поведения и других людей, к участию в различных видах социальной активности. Наименее разработанной является объективная оценка комплексного и сочетанного влияния различных факторов, их роли и информативности на формирование дезадаптации ПОЗ. В современных исследованиях недостаточно освещена проблема изучения клинико-социальных характеристик ПОЗ с целью определения объема и направленности лечебных мероприятий, прогнозирования комплаенса в лечебном процессе, вероятности возникновения рецидива в зависимости от глубины дезадаптации.

Знание прогностически благоприятных и неблагоприятных для лечебного и реабилитационного процессов особенностей функционирования ПОЗ позволяет точнее оценить уровень их дезадаптации и подобрать более адекватные методы терапии, целенаправленно повышать уровень мотивации, приверженности к лечению, создавать более эффективные лечебные и реабилитационные программы [9]. В каждом конкретном случае эти особенности формируют социально дезадаптивную модель поведения ПОЗ, диагностика которой позволяет определить объем лечебных мероприятий в зависимости от глубины их дезадаптации и обосновать тактику ведения [10]. Недостаточная научная разработанность и высокая медико-социальная значимость проблемы дезадаптации ПОЗ, проявляющейся в их поведении, состояниях и особенностях характера, преломленных условиями заболевания, научная и практическая значимость разработки инструмента объективной оценки уровня дезадаптации ПОЗ определяют актуальность настоящего исследования.

Цель: разработка и апробации шкалы определения

уровня дезадаптации пациентов с опийной зависимостью.

Материалы и методы

Шкала определения уровня дезадаптации (ШОУД) ПОЗ разрабатывалась в соответствии с общепринятым алгоритмом процесса разработки и психометрической проверки психодиагностических методик.

В апробации методики приняли участие 264 испытуемых, из них 164 мужчины и 100 женщин. Основная выборка была представлена 214 пациентами с опийной зависимостью, проходивших лечение в государственных наркологических учреждениях здравоохранения Республики Беларусь. Выборка респондентов включала 2 группы: ВИЧ-позитивные пациенты с опийной зависимостью (ВПОЗ) – 88 (41,1%) и ВИЧ-негативные пациенты с опийной зависимостью (ВНПОЗ) – 126 (58,9%). Средний возраст обследованных составил $30,9 \pm 5,5$ лет. Из них лица мужского пола составили 144 (67,3%), женского – 70 (32,7%). В контрольную группу для получения сравнительных данных вошли 50 студентов в возрасте от 23 до 30 лет (30 женщин и 20 мужчин). Базами исследования являлись УО «Гродненский государственный медицинский университет», УО «Белорусский государственный медицинский университет», УЗ «Гродненский клинический центр «Психиатрия-наркология», УЗ «Гомельский областной наркологический диспансер», ГУ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья» (ГУ «РНПЦ психического здоровья»), УЗ «Пинская центральная поликлиника», филиал «Межрайонный наркологический диспансер».

Проведение исследования, в том числе верификация болезненного состояния (нозологическая диагностика), осуществлялось по разработанному исследовательскому протоколу в соответствии с диагностическим алгоритмом и критериями международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) с заполнением пакета исследовательской документации на каждый случай исследования. Критерии включения: наличие трех и более признаков зависимости от наркотиков, указанных в МКБ-10, с длительностью проявлений не менее одного месяца; возраст старше 18 лет; инъекционное употребление наркотиков в течение 30 дней и более до начала исследования; наличия ВИЧ-инфицирования (или ВИЧ-негативности в контроле наркозависимых); добровольное (информированное) согласие на участие в исследовании, одобренное этическим комитетом ГУ «РНПЦ психического здоровья». Критерии исключения: наличие остро протекающих психических заболеваний (острое полиморфное психическое расстройство и др.); признаки хронического психического расстройства, не связанного с синдромом наркотической зависимости (шизофрения, биполярное аффективное расстройство и др.); существенный когнитивный дефицит; отказ от участия в исследовании.

Среди обследованных преобладали лица со средним и средним специальным образованием. Большинство из ВПОЗ были рабочими, по сравнению с пациентами с опийной зависимостью без ВИЧ-инфекции чаще не имели профессии, нередко меняли места работы либо были заняты на временной работе. Большинство ПОЗ не имели собственной семьи, а из тех, кто проживал в семье, характеризовали семейную обстановку как конфликт-



ную с напряженными отношениями, негативным психологическим климатом, приводящим к дезорганизации семейной жизни. Первые пробы наркотиков отмечались в возрасте 15-16 лет. Основным способом употребления наркотиков был инъекционный. Длительность систематической наркотизации у 57,4% ПОЗ составляет более 10 лет, у 27,9% – от 5 до 10 лет. Из перенесенных заболеваний 69,5% респондентов отметили вирусный гепатит С; 8,5% – вирусный гепатит В; 9,3% – вирусный гепатит С+В; 10,6% – инфекции, передаваемые половым путем; 35,6% – черепно-мозговые травмы; 2,4% – эпилептические припадки. Личностные изменения с психопатоподобными расстройствами и морально-этическим снижением были выявлены практически у всех пациентов.

Перечень пунктов ШОУД разрабатывался экспертами на основании опыта их клинической работы и имеющихся публикаций в данной области, соответствующих принципам доказательной медицины. Изучение и сравнительный анализ медико-социальных характеристик испытуемых позволил выделить признаки, способствующие формированию дезадаптивных форм поведения у ПОЗ. Изначально исследовалась частота встречаемости каждого из выделенных признаков среди испытуемых. Выбор признаков определялся таким образом, чтобы ШОУД отражала 3 основные области функционирования: социальную, клиническую и психологическую, представленную личностными характеристиками, определяющие особенности поведения ПОЗ. Из общего количества признаков выбраны 36 высокоспецифичных признаков с наибольшей частотой повторяемости в общей выборке, которые сформировали 36 пунктов ШОУД. Варианты согласия или несогласия испытуемого с утверждениями каждого из 36 пунктов шкалы представлены в виде дифференциации признака с использованием для оценки 4 – балльной градации тяжести выделенных признаков (от 0 до 3 баллов): 0 баллов – отсутствие признака, 1 балл – признак незначительно выражен, 2 балла – средняя выраженность признака, 3 балла – значительная выраженность признака. Статистическая обработка результатов исследования проводилась с помощью стандартных пакетов статистических программ SPSS 17.0 и Statistica 10.0 (SN AXAR207F394425FA-Q), обеспечивающих надлежащую точность вычислений. С целью проверки конкурентной

валидности ШОУД использовалась шкала оценки социального функционирования (ШОСФ), которая предназначена для оценки социального функционирования у пациентов с синдромом зависимости.

Результаты и обсуждение

При реализации лечебных программ для ПОЗ важным является выделение специалистом целевой группы пациентов, которые готовы эффективно работать в формате интенсивных лечебно-реабилитационных технологий. В связи с этим необходимо иметь представление об уровне дезадаптации ПОЗ, который может служить индикатором тяжелого течения заболевания, низкой чувствительности и ригидности ПОЗ к лечебным и реабилитационным мероприятиям.

Под дезадаптацией (лат. de(s) + adaptatio – приспособление) понимается нарушение приспособления организма к меняющимся условиям среды, взаимодействия со средой, несоответствие потребностей личности требованиям социальной среды, приводящее к изменению и/или прекращению усвоения норм и ценностей среды, нарушению физиологического функционирования, изменению форм поведения и развитию патологических процессов. По структуре дезадаптации можно судить о векторе движения коморбидной патологии – аддиктивном (клинические особенности), социальном снижении (социальные факторы) или нравственно-этическом снижении (психологические факторы).

В связи с недостатком психометрически обоснованных инструментальных средств диагностики уровня дезадаптации ПОЗ нами предпринята попытка создания ШОУД. Структуру методики образуют три субшкалы (социальное поведение, клинические и психологические особенности), содержание которых отражено в таблице 1.

Проверка надежности методики. Показатель надежности характеризует точность теста как измерительного инструмента, отражает согласованность выборки содержания. Надёжность по внутренней согласованности проверялась с помощью коэффициента α Кронбаха. Для расчета коэффициента α Кронбаха анализу подвергнуты показатели, полученные в результате тестирования заключительной версии ШОУД (таблица 1).

Таблица 1.

Характеристика анализируемых показателей для расчета коэффициента α Кронбаха

СОДЕРЖАНИЕ	N	Mean	δ	δ^2
1	2	3	4	5
Профессиональная деятельность	264	1,43561	1,13852	1,29623
Отношение к работе, учебе	264	1,16288	0,88071	0,77565
Образование	264	1,32576	0,78480	0,61591
Семейное положение	264	1,06439	1,00928	1,01865
Семейные отношения	264	1,16288	0,77016	0,59315
Материальное положение	264	1,28409	0,76941	0,59199
Семейное воспитание	264	1,33712	0,93312	0,87071
Успеваемость в учебном заведении	264	1,36364	0,82520	0,68096
Интересы, потребности, увлечения	264	1,41288	0,94727	0,89732



1	2	3	4	5
Социальные контакты	264	1,19697	0,79389	0,63026
Противоправная активность	264	1,68182	1,14579	1,31283
Внешний вид, самообслуживание	264	0,83712	0,58497	0,34219
Сумма субшкалы	-	-	-	9,62585
Суммарный показатель субшкалы «Социальное поведение»	264	15,26515	8,20448	67,31349
Наследственная отягощенность	264	0,24242	0,57345	0,32884
Психофизическое развитие	264	0,55682	1,08068	1,16787
Перенесенные вредности	263	1,07605	1,07802	1,16213
Заболевания в период наркотизации	264	1,67045	0,97561	0,95181
Осложнения при приеме наркотиков	264	0,92045	0,60205	0,36246
Синдром зависимости, стадии	264	1,88258	1,01202	1,02418
Ремиссия	264	1,99621	1,10477	1,22052
Возраст начала приема наркотиков	264	0,66667	0,88646	0,78581
Длительность приема наркотика	264	2,34091	1,16886	1,36623
Способ введения наркотика	264	2,06061	1,10483	1,22065
Характер употребления наркотиков	264	1,17424	1,00187	1,00374
Влечение к приему наркотиков	264	1,54545	1,16908	1,36675
Выраженность синдрома отмены	264	1,69318	0,88534	0,78383
Длительность синдрома отмены	264	1,64773	0,82323	0,67771
Форма синдрома отмены	264	1,71212	1,17987	1,39209
Выраженность постабстинентных расстройств	264	1,28409	0,77433	0,59959
Длительность постабстинентных расстройств	264	0,93561	0,56483	0,31903
Передозировка на фоне интоксикации	264	0,55303	0,54896	0,30136
Суицидальные мысли, действия	264	0,31818	0,46666	0,21777
Ведущий мотив, цель лечения	264	1,45833	0,95834	0,91842
Критика	264	1,39015	0,81994	0,67230
Сумма субшкалы	-	-	-	17,84309
Суммарный показатель субшкалы «Клинические особенности»	264	27,12121	13,66243	186,66199
Когнитивные особенности	264	1,06061	0,73746	0,54385
Аффективные особенности	264	1,29924	0,76362	0,58312
Психологические особенности	264	1,04924	0,75107	0,56411
Сумма субшкалы	-	-	-	1,69108
Суммарный показатель субшкалы «Психологические особенности»	264	3,40909	2,03750	4,15141
Сумма общая	-	-	-	29,16002
Интегральный показатель ШОУД	264	45,79545	22,77088	518,51298

На основании полученных результатов рассчитан коэффициент α Кронбаха, который отражает величину надежности методики:

$$\alpha_{\text{Кронбаха}} = \frac{N}{N-1} \left(\frac{\sigma^2 x - \sum_{i=1}^N \sigma^2 y_i}{\sigma^2 x} \right) = \frac{264}{264-1} \left(\frac{518,51 - 29,16}{518,51} \right) = 0,95 ;$$

где, N – количество заданий теста; $\sigma^2 x$ – дисперсия результатов всех тестирований; $\sigma^2 y$ – дисперсия результатов по каждому заданию из N.

Надежность-согласованность (α Кронбаха) методики в целом, как показал расчет, высока и составляет 0,95. Надежность-согласованность отдельных субшкал ШОУД также высока и варьирует от 0,85 до 0,91 (таблица 2).

Таблица 2.

**Показатели надежности субшкал
(коэффициент α Кронбаха) ШОУД**

СУММАРНЫЙ ПОКАЗАТЕЛЬ СУБШКАЛ	Количество пунктов в шкале	Коэффициент α Кронбаха
Социальное поведение	12	0,86
Клинические особенности	21	0,91
Психологические особенности	3	0,85
Интегральный показатель ШОУД	36	0,95



Как видно из таблицы 2, субшкалы ШОУД демонстрируют высокую надежность методики. Величина коэффициента α Кронбаха субшкал и методики в целом указывает на то, что шкала определения уровня дезадаптации обладает внутренней согласованностью.

Корреляции субшкал методики. Для определения степени однородности состава заданий субшкал с точки зрения измеряемого качества исследовалась выраженность корреляционных связей между значениями субшкал и интегральным показателем ШОУД. Каждая субшкала представляет собой выборку из совокупности заданий, уровень корреляционной связи между заданиями субшкал указывает на степень их внутренней согласованности. Характеристика корреляционных связей по силе и направленности между значениями субшкал методики показывает, что они значимо положительно коррелируют между собой ($r = 0,62 - 0,81$; $p < 10^{-16}$). Степень корреляционных взаимосвязей между изучаемыми показателями разная, но статистически значимая, что свидетельствует о высокой прогностической способности выделенных показателей. Наиболее высокие корреляции между значениями субшкал и интегральным показателем методики, что подтверждает роль изучаемых факторов в формировании дезадаптации и степени ее выраженности. Субшкала «Социальное поведение» («СП») наиболее тесно связана с субшкалой «Психологические особенности» («ПО»), что свидетельствует о выраженном влиянии личностных особенностей ПОЗ на уровень их социального функционирования.

Тест-ретестовая надежность. Характеристикой ретестовой надежности является коэффициент корреляции,

который определяется между результатами двух тестирований и носит название коэффициент ретестовой надежности. Результаты первого и повторного тестирования друг от друга значимо не отличаются ни по одной из субшкал методики, то есть при повторном тестировании одной и той же выборки ПОЗ по всем показателям получены близкие результаты. Обе оценки значимо положительно коррелируют друг с другом, причем коэффициент корреляции составляет для разных субшкал $0,89 - 0,98$.

Как видно из полученных данных, высокие значения коэффициента ретестовой надежности с высокой статистической значимостью для разных субшкал методики свидетельствуют об устойчивости результатов, полученных при использовании ШОУД и их независимости от интервьюера и места исследования.

Оценка конкурентной валидности. Одним из способов валидизации по критерию является соотнесение данных ШОУД с близким по содержанию существующим тестом. Оценка валидности определялась с помощью корреляционного анализа результатов выполнения ШОУД и ШОСФ. Значения коэффициентов корреляции между результатами тестирования с использованием ШОУД и близкой по содержанию ШОСФ колебалась в пределах $0,55 - 0,65$, что указывает на хорошую согласованность и, в то же время, на отсутствие дублирования уже имеющейся ШОСФ. Следует отметить, что по сравнению с ШОСФ, ШОУД способна более тонко и детально представлять измеряемое содержание. Подтверждением валидности ШОУД являются результаты сравнительной оценки уровня дезадаптации ВПОЗ и ВНПОЗ (таблица 3).

Таблица 3.

Сравнение результатов исследования ВПОЗ и ВНПОЗ с помощью ШОУД

СУММАРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ СУБШКАЛ	ВНПОЗ (n=126)			ВПОЗ (n=88)			Достоверность различий (P)
	Median	Q25	Q75	Median	Q25	Q75	
Социальное поведение	18,0	14,0	22,0	20,0	16,0	24,0	0,004
Клинические особенности	33,0	30,0	35,0	35,0	33,0	38,0	0,0000001
Психологические особенности	4,0	3,0	5,0	4,0	3,0	6,0	0,003
Интегральный показатель ШОУД	54,0	48,0	60,0	60,5	55,0	64,5	0,000002

Как видно из таблицы 3, более высокие значения субшкал «СП» и «КО» и интегрального показателя методики характерны для ВПОЗ по сравнению с ВНПОЗ. Это указывает на более глубокий уровень дезадаптации ВПОЗ, свидетельствует о низком комплаенсе в лечебном процессе, высокой вероятности возникновения рецидива и потребности в большем объеме лечебных мероприятий. Таким образом, результаты исследования подтверждают диагностическую ценность ШОУД.

Оценка эффективности методики с помощью ROC-анализа. Одним из средств оценки эффективности диагностической методики является ROC-анализ, позволяющий построить зависимость числа верно диагностированных положительных случаев от числа неверно

диагностированных отрицательных случаев и выбрать оптимальное значение порога отсечения, разделяющего классы. Оптимальным считают значение порога отсечения, которое дает наибольшую точность разделения на классы и соответствует точке на ROC-кривой с максимальным значением чувствительности при минимальном проценте ложноположительных результатов либо максимально удаленной от диагонали точке. Для получения численного значения дифференциально-диагностической значимости теста используется показатель AUC (Area Under Curve) – площадь под ROC-кривой. С целью изучения возможности проводить дифференциальный диагноз по величине интегрального показателя построенная ROC-кривая с параметрами, отраженными в таблице 4.



Параметры построения характеристической кривой ШОУД

ПЛОЩАДЬ ПОД КРИВОЙ					
Тестовые переменные	Площадь	Стандартная ошибка	Асимптотическая значимость	Асимптотический 95% ДИ	
				Нижняя граница	Верхняя граница
ШОУД	1,000	0,0001	< 0,00001	1,000	1,000

Как видно из таблицы 4, площадь под характеристической кривой соответствует площади квадрата, то есть статистически значимо превышает площадь под диагональю, равную 0,5, указывая тем самым на высокую диагностическую способность ШОУД в определении уровня дезадаптации. Диагональ соответствует полной неразличимости дезадаптации у ПОЗ и служит контролем по отношению к диагностическому тесту.

Получив доказательства способности ШОУД в определении уровня дезадаптации, мы попытались найти точку отсечения – значение для шкалы, которое с наибольшей долей вероятности служит границей, разделяющей адаптированных и дезадаптированных ПОЗ. Результаты анализа показали, что оптимальное значение исследуемой переменной (точка отсечения) составляет 16,0 баллов (чувствительность = 100%, специфичность = 100%), то есть при результате тестирования, превышающем 16,0 баллов, можно с высокой точностью надежно диагностировать нарушение адаптации у ПОЗ. Таким образом, результаты ROC-анализа демонстрируют высокую информационную ценность методики в оценке уровня дезадаптации ПОЗ.

Заключение

Проведенные психометрические мероприятия показа-

ли, что методика является надежным и валидным инструментом, результаты исследования качеств которого соответствуют требованиям, предъявляемым в настоящее время к психологическим измерительным инструментам. Использование шкалы в повседневной работе позволит врачам определять направленность лечебных мероприятий в зависимости от уровня дезадаптации ПОЗ, предвидеть результаты терапии и прогнозировать исход заболевания. Методика внедряется в лечебно-диагностический процесс ведущих медицинских учреждений Республики Беларусь, специализирующихся в области лечения наркотической зависимости (УЗ «Гродненский клинический центр «Психиатрия-наркология», УЗ «Гомельский областной наркологический диспансер», ГУ «РНПЦ психического здоровья»), а также в структуру комплексных реабилитационных программ, разрабатываемых и внедряемых в Клинике «Rehab Family», функционирующей под эгидой Некоммерческого Фонда социальных программ Э.Сагалаева (Москва, Российская Федерация). Заложенные в основу шкалы значимые прогностические признаки позволяют считать ШОУД высокоспецифичным клиническим инструментом объективной оценки уровня клинко-социального функционирования пациентов с опийной зависимостью.

ЛИТЕРАТУРА

1. Наркопотребление и незаконный оборот наркотиков в Республике Беларусь в 2010 году / В.В. Лелевич [и др.]. – Минск: ООО «Полиграф», 2012. – 141 с.
2. Правонарушения в Республике Беларусь / Национальный статистический комитет Республики Беларусь; редкол.: В.И. Зиновский [и др.]. – Минск: Информационно-вычислительный центр Национального статистического комитета Республики Беларусь, 2013. – 173 с.
3. Вешнева, С.А. Клинико-психопатологические, личностные и социальные особенности больных опийной наркоманией / С.А. Вешнева, Р.В. Бисалиев // Наркология. – 2008. – № 2. – С. 78-84.
4. Беспалова, Л.Ю. Психические расстройства у ВИЧ-инфицированных с опийной зависимостью / Л.Ю. Беспалова // Наука и здравоохранение. – 2010 – №4. – С. 104-106.
5. Козлов, А.А. «Наркоманическая» личность / А.А. Козлов, М.Л. Рохлина // Журнал неврологии и психиатрии. – 2002. – № 7. – С. 23-27.
6. Деревянко, О.И. Преморбидные, клинко-психопатологические, личностные и социальные особенности больных опийной наркоманией / О.И. Деревянко // Гигиена труда и медицинская экология. – 2011. – № 1. – С. 105-112.
7. Социально-демографические характеристики и медико-социальные проблемы потребителей наркотических веществ, проживающих на территории Волгограда / Т.Л. Яцышина [и др.] // Вестник ВолГМУ. – 2005. – № 3. – С. 37-39.
8. Беляков, Н.А. ВИЧ – Медико-социальная помощь. Руководство для специалистов / Н.А. Беляков. – СПб: Балтийский медицинский образовательный центр, 2011. – 356 с.
9. Оруджев, Н.Я. Медико-социальная характеристика и адаптация лиц, употребляющих наркотики // Журнал неврологии и психиатрии. – 2002. – № 3. – С. 59-64.
10. Игумнов, С.А. Диагностика уровня дезадаптации потребителей инъекционных наркотиков: Практическое пособие / С.А. Игумнов, Э.П. Станько, А.П. Гелда. – Минск: Проффессиональные издания, 2012. – 32 с.