

МРНТИ 15.81.61

<https://doi.org/10.51889/2959-5967.2026.87.2.021>

Алтынбеков К.С.^{1,2}  Бурибаев Е.А.³  Жиенбаева Н.Б.⁴  Бектаева Г.Т.⁵ 
Хамзина Ж.А.⁴  Суюндыкова Н.^{4*} 

¹ НАО «Медицинский университет Астана», Астана, Казахстан

² ГКП на ПХВ «Городской центр психического здоровья», Астана, Казахстан

³ Жетысуский университет им. Ильяса Жансугурова, Талдыкорган, Казахстан

⁴ Казахский национальный педагогический университет имени Абая, Алматы, Казахстан

⁵ Республиканский научно-практический центр психического здоровья, Павлодар, Казахстан

*email: nsuyundykova@gmail.com

Интериоризация условий терапевтической среды как механизм восстановления при аддиктивных и поведенческих расстройствах

Аннотация

В статье рассматривается процесс восстановления при аддиктивных и поведенческих расстройствах как результат взаимодействия внешних условий терапевтической среды и формирующихся внутренних психологических механизмов личности. Актуальность исследования определяется необходимостью более глубокого понимания того, каким образом социально организованная реабилитационная среда способствует не только временному контролю поведения, но и становлению устойчивых внутренних ресурсов, обеспечивающих поддержание ремиссии. Цель исследования - анализ субъективно переживаемых внешних и внутренних условий восстановления у пациентов с различными формами аддиктивных расстройств. Эмпирическая база включала подразделения Республиканского научно-практического центра психического здоровья в Алматы, Павлодаре и Астане; в исследовании приняли участие 32 пациента, находившиеся на разных этапах лечения и восстановления. В качестве методов использовались полуструктурированное клинико-психологическое интервью и наблюдение в условиях терапевтического сообщества. Результаты показали, что терапевтическое сообщество, эмпатическая среда, структурированность повседневной жизни, участие в коллективной деятельности, элементы самоуправления и практики взаимной ответственности выступают значимыми внешними условиями восстановления. По мере включенности пациентов в реабилитационный процесс данные условия постепенно интериоризируются и преобразуются во внутренние психологические ресурсы. К числу ключевых внутренних механизмов восстановления относятся осознание ограниченности негативной мотивации как единственного основания лечения, принятие внутренней проблемы, развитие способности выдерживать эмоциональные переживания без обращения к аддиктивным способам регуляции, а также формирование субъектной позиции, рефлексивности и навыков саморегуляции. Сделан вывод о том, что восстановление при аддиктивных расстройствах представляет собой не только клинический, но и социально-психологический процесс, в котором внешние формы регуляции поведения постепенно становятся внутренними опорами личности. Полученные данные расширяют представления о механизмах устойчивой ремиссии и подчеркивают значимость терапевтической среды как фактора долговременных психологических изменений.

Ключевые слова: поведенческие расстройства, терапевтическое сообщество, интериоризация, ремиссия, саморегуляция.

Алтынбеков К.С.^{1,2}, Бөрібаев Е.А.³, Жиенбаева Н.М.⁴, Бектаева Г.Т.⁵, Хамзина Ж.А.⁴,
Сүйіндікова Н.М.^{4*}

¹ «Астана медициналық университеті» КеАҚ, Астана, Қазақстан

² Астана қаласының «Қалалық психикалық денсаулық орталығы» ШЖҚ МКК,

Астана, Қазақстан

³Илияс Жансүгіров атындағы Жетісу университеті, Талдықорған, Қазақстан

⁴Абай атындағы Қазақ ұлттық педагогикалық университеті, Алматы, Қазақстан

⁵Республикалық ғылыми-практикалық психикалық денсаулық орталығы,

Павлодар, Қазақстан

*e-mail: nsuyundykova@gmail.com

Аддиктивті және мінез-құлықтық бұзылыстардан қайта қалпына келу механизміндегі терапевтік орта жағдайларының интериоризациясы

Аңдатпа

Мақалада терапевтік орта мен тұлғаның қалыптасу үстіндегі психологиялық механизмдері аддиктивті және мінез-құлықтық бұзылыстардан қайта қалпына келу үдерісіндегі орны анықталған. Зерттеудің өзектілігі әлеуметтік тұрғыдан ұйымдастырылған реабилитациялық ортаның тек мінез-құлықты уақытша бақылауды ғана емес, сонымен қатар ремиссияны сақтауды қамтамасыз ететін тұрақты ішкі ресурстардың қалыптасуына қалай ықпал ететінін тереңірек түсіну қажеттілігімен айқындалады. Зерттеудің мақсаты әртүрлі аддиктивті бұзылыстары бар пациенттердегі қалпына келудің субъективті түрде бастан кешірілетін сыртқы және ішкі жағдайларын талдау болды. Эмпирикалық база Республикалық ғылыми-практикалық психикалық денсаулық орталығының Алматы, Павлодар және Астана қалаларындағы бөлімшелерін қамтыды; зерттеуге емдеу мен қалпына келудің әртүрлі кезеңдерінде болған 32 пациент қатысты. Әдістер ретінде жартылай құрылымданған клиникалық-психологиялық сұхбат және терапевтік қауымдастық жағдайындағы бақылау қолданылды. Нәтижелер терапевтік қауымдастық, эмпатиялық орта, күнделікті өмірдің құрылымдылығы, ұжымдық қызметке қатысу, өзін-өзі басқару элементтері және өзара жауапкершілік тәжірибелері қалпына келудің маңызды сыртқы жағдайлары ретінде болып табылатынын көрсетті. Пациенттердің реабилитациялық үдеріске қатысуы артқан сайын бұл жағдайлар біртіндеп интериоризацияланып, ішкі психологиялық ресурстарға айналады. Қалпына келудің негізгі ішкі механизмдеріне теріс мотивацияның емдеудің жалғыз негізі ретіндегі шектеулілігін ұғыну, ішкі проблеманы қабылдау, аддиктивті реттеу тәсілдеріне жүгінбей эмоционалдық күйзелістерді көтере білу қабілетінің дамуы, сондай-ақ субъектілік позицияның, рефлексивтіліктің және өзін-өзі реттеу дағдыларының қалыптасуы жатады. Қорытындыда аддиктивті бұзылыстар кезіндегі қалпына келу тек клиникалық емес, сонымен қатар әлеуметтік-психологиялық үдеріс екені, онда мінез-құлықты сыртқы реттеу формалары біртіндеп тұлғаның ішкі тіректеріне айналатыны көрсетілді. Алынған деректер тұрақты ремиссия механизмдері туралы түсініктерді кеңейтеді және терапевтік ортаның ұзақ мерзімді психологиялық өзгерістер факторы ретіндегі маңыздылығын айқындайды.

Түйін сөздер: мінез-құлық бұзылыстары, терапевтік орта, интериоризация, ремиссия, өзін-өзі реттеу.

K.S. Altynbekov^{1,2}, E.A. Buribayev³ N.B. Zhienbayeva⁴ G.T. Bektaeva⁵

Zh.A. Khamzina⁴ N.M. Suyundykova^{4*}

¹ NJSC Astana Medical University, (Astana, Kazakhstan),

² Municipal State Enterprise “City Mental Health Center” (Astana, Kazakhstan)

³ Ilyas Zhansugurov Zhetysu University (Taldykorgan, Kazakhstan)

⁴ Abai Kazakh National Pedagogical University (Almaty, Kazakhstan)

⁵ Republican Scientific and Practical Center of Mental Health (Pavlodar, Kazakhstan)

*e-mail: nsuyundykova@abaiuniversity.edu.kz

Interiorization of the conditions of the therapeutic environment as a mechanism of recovery in addictive and behavioral disorders

Abstract

The article examines the process of recovery in addictive and behavioral disorders as a result of the interaction between the external conditions of the therapeutic environment and the emerging internal psychological mechanisms of the personality. The relevance of the study is determined by the need for a deeper understanding of how a socially organized rehabilitation environment contributes not only to temporary behavioral control but also to the development of stable internal resources that ensure the maintenance of remission. The aim of the study was to analyze the subjectively experienced external and internal conditions of recovery in patients with various forms of addictive disorders. The empirical base included the divisions of the Republican Scientific and Practical Center for Mental Health in Almaty, Pavlodar, and Astana; the study involved 32 patients at different stages of treatment and recovery. The methods used included semi-structured clinical-psychological interviews and observation within a therapeutic community setting. The results showed that the therapeutic community, an empathic environment, the structured nature of daily life, participation in collective activities, elements of self-governance, and practices of mutual responsibility act as significant external conditions of recovery. As patients become more involved in the rehabilitation process, these conditions are gradually internalized and transformed into internal psychological resources. Among the key internal mechanisms of recovery are the awareness of the limitations of negative motivation as the sole basis for treatment, the acceptance of the internal problem, the development of the ability to endure emotional experiences without resorting to addictive modes of regulation, as well as the formation of a subject position, reflexivity, and self-regulation skills. It is concluded that recovery in addictive disorders is not only a clinical but also a socio-psychological process in which external forms of behavioral regulation gradually become internal supports of the personality. The obtained data expand the understanding of the mechanisms of stable remission and emphasize the importance of the therapeutic environment as a factor of long-term psychological change.

Keywords: behavioral disorders, therapeutic community, interiorization, remission, self-regulation.

Введение. Аддиктивные расстройства, включая как химические, так и поведенческие формы зависимости, среди которых все более заметное место занимает игровая зависимость, остаются одной из значимых проблем клинической психологии и психиатрии. Эти расстройства сопровождаются выраженными нарушениями личностного функционирования, снижением уровня саморегуляции, трудностями эмоциональной регуляции и существенными ограничениями социальной адаптации. Современные исследования показывают, что процесс восстановления при аддиктивных расстройствах не может рассматриваться исключительно как прекращение употребления вещества или отказ от определённой формы поведения. Напротив, выздоровление представляет собой сложный и многоуровневый процесс, включающий психологические, поведенческие и социальные изменения.

Так, Мейер и другие (2025), используя личностно-центрированный подход и методы латентного профильного анализа, демонстрируют выраженную гетерогенность психологических профилей пациентов с аддиктивными расстройствами. В частности, авторы выявляют различия в структуре импульсивности и их дифференцированную связь с клиническими исходами лечения. Полученные данные указывают на необходимость индивидуализированных терапевтических вмешательств, учитывающих особенности личностных ресурсов и ограничений конкретного пациента. В свою очередь, Vignati и Crivelli (2025) акцентируют внимание на том, что современные исследовательские и терапевтические подходы должны рассматривать участников не только как объект лечения, но и как активных со-конструкторов собственного процесса восстановления. Такая перспектива предполагает переосмысление традиционных ролей в терапевтическом взаимодействии и признание субъектной позиции пациента в процессе изменений. Несмотря на различия в теоретических акцентах, оба подхода сходятся в признании того, что восстановление при аддиктивных расстройствах является

многоуровневым процессом, в котором психологические характеристики личности, поведенческие стратегии и особенности социальной среды образуют взаимосвязанную систему факторов, определяющих устойчивость терапевтических изменений.

В этой связи возникает важный исследовательский вопрос – независимо от формы зависимости, человек, обращающийся за специализированной психологической, психиатрической или психотерапевтической помощью, неизбежно оказывается включенным в специально организованную институциональную среду лечения. Такая среда создается в рамках реабилитационных отделений, терапевтических сообществ и программ лечения и предполагает определенную систему социальных отношений, правил взаимодействия, форм поддержки и организационных структур. Следовательно, принципиально важным становится вопрос о том, какие именно условия формируются в этой специально организованной социальной среде и каким образом они могут влиять на процесс психологических изменений пациента.

С клинико-психологической точки зрения особый интерес представляет анализ того, каким образом внешние условия реабилитационной среды, включая характер межличностных отношений, участие в терапевтическом сообществе, формы социальной поддержки, снижение стигматизации, а также структурированность повседневной жизни могут способствовать формированию внутренних психологических опор личности. Иными словами, речь идет о процессе интериоризации тех социальных и институциональных практик, которые первоначально выступают как внешние формы регуляции поведения, но постепенно могут преобразовываться во внутренние механизмы саморегуляции, ответственности и устойчивости к рецидивам.

Несмотря на значительное количество исследований, посвященных аддиктивным расстройствам, многие работы анализируют либо социальные условия лечения, либо индивидуальные психологические механизмы восстановления. В то же время вопрос о том, каким образом внешние условия терапевтической среды могут трансформироваться во внутренние ресурсы личности, остается недостаточно исследованным.

В связи с этим целью настоящего исследования является анализ субъективно переживаемых внешних и внутренних условий восстановления у пациентов с различными формами аддиктивных расстройств. Исследование направлено на выявление тех элементов социальной среды лечения, которые, по опыту самих пациентов, способствуют формированию внутренних психологических ресурсов и поддержанию устойчивой ремиссии. Эмпирическая часть работы основана на качественном анализе полуструктурированных интервью и данных наблюдения в условиях терапевтического сообщества.

Литературный обзор. В современной клинической психологии аддиктивных расстройств выздоровление все реже рассматривается как линейный результат прекращения употребления психоактивных веществ или отказа от деструктивного поведения. Напротив, в рамках восстановительно-ориентированных подходов оно понимается как сложный и многоуровневый процесс, включающий изменения на индивидуальном, межличностном и социальном уровнях (Fitzgerald, McCarty, 2009; Sinha, 2024). Исследователи подчеркивают, что устойчивое восстановление невозможно объяснить исключительно медицинскими или поведенческими факторами; оно формируется в результате взаимодействия внутренних психологических процессов и характеристик среды, в которой находится человек. В этой связи все большее внимание уделяется тому, каким образом социальные условия лечения и реабилитации взаимодействуют с личностной динамикой пациента и способствуют формированию устойчивых изменений.

На сегодняшний день не вызывает сомнения то, что устойчивое выздоровление связано с развитием способности выдерживать собственные эмоциональные переживания без обращения к аддиктивным стратегиям регуляции. Mooney 7(2023) и Theodorakis 7 (2024) указывают, что трудности эмоциональной регуляции и импульсивность являются значимыми факторами риска рецидива. Соответственно, восстановление способности к саморегуляции

рассматривается как важный компонент долгосрочной ремиссии. Дополнительное значение имеет развитие рефлексивности и способность признавать собственную проблему без привычных защитных механизмов. Deriu (2024) и Altavilla (2025) отмечают, что у лиц с зависимостями нередко наблюдаются стратегии отрицания, минимизации и экстернализации ответственности, которые затрудняют формирование устойчивой мотивации к изменениям. Преодоление этих защитных стратегий связано с развитием более реалистичного отношения к собственному состоянию и признанием необходимости долгосрочной внутренней работы.

С точки зрения клинической психологии зависимостей, одним из ключевых вопросов становится понимание того, как происходит переход от внешнего включения в лечение к формированию внутренней готовности к выздоровлению. Как отмечает Kinsella (2017), в контексте лечения зависимостей принципиальное значение имеет не только наличие мотивации как таковой, но и уровень ее внутренней интеграции. Чем в большей степени решение о прекращении аддиктивного поведения связано с переживанием личного выбора и субъективной значимости изменений, тем выше вероятность долгосрочного удержания результатов лечения. В ряде исследований показано, что устойчивое выздоровление связано с развитием способности выдерживать собственные эмоциональные переживания без обращения к аддиктивным стратегиям регуляции. Mooney (2023) и Theodorakis (2024) указывают, что трудности эмоциональной регуляции и импульсивность являются значимыми факторами риска рецидива. Соответственно, восстановление способности к саморегуляции рассматривается как важный компонент долгосрочной ремиссии.

Дополнительное значение имеет развитие рефлексивности и способность признавать собственную проблему без привычных защитных механизмов. Deriu (2024) и Altavilla (2025) отмечают, что у лиц с зависимостями нередко наблюдаются стратегии отрицания, минимизации и экстернализации ответственности, которые затрудняют формирование устойчивой мотивации к изменениям. Преодоление этих защитных стратегий связано с развитием более реалистичного отношения к собственному состоянию и признанием необходимости долгосрочной внутренней работы.

Следует отметить, что здесь представляется важным понимание того, что в условиях психической патологии мотивационная сфера личности претерпевает существенные изменения, проявляющиеся в нарушении баланса различных мотивационных тенденций. Отмечается, что при психических и поведенческих расстройствах, в том числе связанных с употреблением психоактивных веществ, наблюдается дезорганизация структуры мотивации достижения и ослабление адаптационных механизмов регуляции поведения (Тапалова, 2016). В этой связи, ряд исследований показывает, что сам факт обращения за помощью или пребывания в терапевтической программе не гарантирует устойчивого восстановления, а выздоровление рассматривается как процесс постепенной трансформации мотивации, в ходе которого внешние причины обращения за помощью могут перерабатываться и приобретать более внутренний характер (Winhusen и другие, 2020; Yedinak и другие, 2019). Аналогичные выводы представлены в ряде эмпирических работ, где показано, что в процессе терапии возможен постепенный переход от внешне регулируемой мотивации к более внутренней форме саморегуляции (Ayres и другие, 2014; Kanungo и другие, 2022). Такой переход сопровождается развитием рефлексивности, повышением чувства личной ответственности и формированием более устойчивой субъектной позиции по отношению к собственной жизни.

Вместе с тем многие авторы подчеркивают, что трансформация мотивации не происходит в изоляции от социального контекста. В последние годы в исследованиях зависимостей все чаще отмечается, что качество социальной среды способно существенно влиять на траекторию выздоровления. Под социальной средой в данном случае понимается не только наличие терапевтических процедур, но и характер межличностных отношений, уровень доверия, возможность участия в коллективной жизни и переживание принадлежности к группе (Deater-Deckard, 2013; Kaite и другие, 2016). Такие условия могут создавать пространство, в котором

пациент получает опыт взаимодействия, отличающийся от того, который был характерен для периода активной зависимости. Значение поддерживающей социальной среды хорошо иллюстрируется результатами нарративного исследования Sremac (2018), посвященного анализу автобиографий людей, преодолевших зависимость в рамках общинных программ восстановления. Автор показывает, что терапевтические сообщества выполняют не только функцию организационной поддержки, но и создают особое социальное пространство, где человек получает опыт принятия, признания и эмоциональной поддержки. Включенность в такое сообщество способствует восстановлению самооценки, снижению переживания стигматизации и формированию новой жизненной идентичности.

В свою очередь, проблема стигматизации в социальной среде является одним из центральных аспектов, рассматриваемых в современной литературе о зависимостях и психических расстройствах. Исследования показывают, что негативные общественные установки по отношению к людям с историей зависимости могут существенно осложнять процесс их социальной реинтеграции. В свою очередь, стигматизация может приобретать не только внешний, но и внутренний характер. Riebel и другие (2023) указывают, что негативные социальные установки нередко интернализируются и трансформируются в самостигматизацию, которая проявляется в снижении самооценки, социальной изоляции и избегании взаимодействия с окружающими. Для лиц с аддиктивными расстройствами это имеет особое значение, поскольку переживание собственной «испорченности» может закреплять деструктивные модели поведения и препятствовать формированию надежды на изменения. В этом контексте поддерживающая терапевтическая среда может выполнять функцию корректирующего межличностного опыта, в котором человек получает возможность взаимодействовать с другими без привычного ожидания осуждения.

Еще одним аспектом, получившим внимание в литературе, является роль структурированности реабилитационной среды. В период активной зависимости повседневная жизнь человека часто утрачивает устойчивую организацию: временные ритмы становятся нестабильными, обязательства нарушаются, а поведение подчиняется краткосрочным импульсам. В связи с этим ряд авторов рассматривает структурированную организацию повседневности как важный элемент восстановительного процесса. Gueta другие (2019), исследуя опыт заключенных, участвующих в программе «Анонимные наркоманы», показывают, что система правил, ритуалов и распределения ответственности способствует постепенному формированию внутренней ответственности и саморегуляции. Участники описывали, что участие в структурированной среде помогало им восстановить связь между намерением и действием, а также научиться выполнять последовательные обязательства. Сходные выводы представлены и в феноменологическом исследовании Kaite и других (2016), посвященном опыту людей с психическими расстройствами. Авторы подчеркивают, что участие в жизни сообщества и возможность принимать участие в принятии решений имеют важное значение для восстановления самоопределения. Такой опыт способствует формированию более активной позиции по отношению к собственному процессу выздоровления и снижает ощущение пассивной зависимости от внешней помощи.

Таким образом, современная научная литература демонстрирует, что выздоровление при аддиктивных расстройствах представляет собой сложный процесс, в котором взаимодействуют социальные и психологические факторы. С одной стороны, важную роль играют характеристики среды лечения – наличие поддерживающих отношений, снижение стигматизации, возможность участия в жизни сообщества и структурированность повседневной жизни. С другой стороны, устойчивость изменений зависит от внутренней переработки мотивации, развития эмоциональной регуляции и восстановления субъектной позиции личности. Несмотря на значительное количество исследований, многие работы рассматривают эти факторы изолированно, уделяя внимание либо социальным условиям лечения, либо индивидуальным психологическим механизмам. В связи с этим остается недостаточно изученным вопрос о том, каким образом

внешние условия реабилитационной среды взаимодействуют с внутренними процессами личности и каким образом они могут способствовать формированию устойчивой мотивации к выздоровлению. Именно этот исследовательский разрыв определяет актуальность настоящего исследования, направленного на анализ переживаемых участниками условий восстановления в контексте терапевтического сообщества и на понимание того, каким образом социальная среда реабилитации может способствовать формированию внутренних психологических ресурсов, необходимых для поддержания устойчивых изменений.

Материалы и методы. Эмпирическая база исследования включала подразделения Республиканского научно-практического центра психического здоровья (РНПЦПЗ) в городах Алматы, Павлодар и Астана. Выбор именно этой клинической базы был обусловлен тем, что РНПЦПЗ представляет собой специализированную институциональную среду, в рамках которой можно наблюдать различные стадии лечения и реабилитации зависимых пациентов: от первичного обращения и медикаментозной коррекции до психотерапевтической работы, социальной реабилитации и последующего включения части пациентов в консультативную деятельность. Это позволило исследовать выздоровление не как одномоментный результат, а как процесс, разворачивающийся на разных этапах клинического и постклинического сопровождения. Сбор эмпирических данных осуществлялся в период с 1 февраля по 30 марта 2026 года. Данный временной интервал обеспечил возможность проведения интервью и наблюдения за повседневным функционированием терапевтического сообщества в условиях реабилитационного отделения. Группу составили пациенты РНПЦПЗ, проходившие лечение или находившиеся на различных стадиях восстановления в системе специализированной помощи в количестве 32 человека, из них 5 женщин и 27 мужчин. Данная группа включала лиц с различными формами аддиктивных расстройств, в том числе с игровой, алкогольной и наркотической зависимостью. Тем самым клиническая выборка отражала реальную неоднородность аддиктивного контингента, с которым работает специализированная психологическая, психотерапевтическая и наркологическая служба. Особое аналитическое значение имела внутренняя дифференциация клинической группы пациентов РНПЦПЗ. В зависимости от этапа восстановления и клинического маршрута пациенты были распределены на три подгруппы.

Первая подгруппа включала лиц, находящихся в ремиссии от 2 лет и больше (5 человек). Это была наиболее значимая категория с точки зрения изучения факторов выздоровления, поскольку именно у таких участников можно было выявить устойчивые личностные и социально-психологические компоненты, связанные с удержанием изменений. Часть респондентов (3 человека) после прохождения программы лечения и реабилитации включились в систему помощи другим зависимым. В частности, из числа пациентов в ремиссии двое стали консультантами по зависимостям, еще один участник находился на этапе стажировки, а двое других, также находясь в ремиссии, вернулись к профессиональной деятельности и продолжили работать по своим гражданским специальностям вне клинической системы.

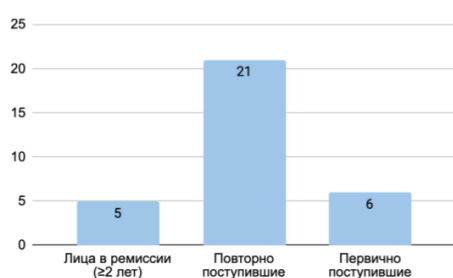
С клинической точки зрения важно отметить, что переход части пациентов в статус консультантов по зависимостям не является случайным событием, а представляет собой результат прохождения определенных этапов внутри реабилитационной программы. Как правило, пациент сначала получает помощь на этапе медикаментозной коррекции, затем переводится в отделение психотерапии и реабилитации. Последующим этапом может становиться социальная реабилитация, ориентированная на восстановление социальных связей, ролевого функционирования, трудовой занятости и ответственного образа жизни.

Вторую подгруппу клинической выборки составили повторно поступившие пациенты, то есть лица, ранее уже проходившие лечение, но повторно (более 2 раз) обратившиеся в центр в связи с рецидивом, срывом или ухудшением состояния (21 человек). Включение этой категории имело принципиальное методологическое значение, поскольку позволило изучить не только позитивные сценарии выздоровления, но и более сложные траектории, при которых мотивация к лечению может сочетаться с неустойчивостью ремиссии, внутренними

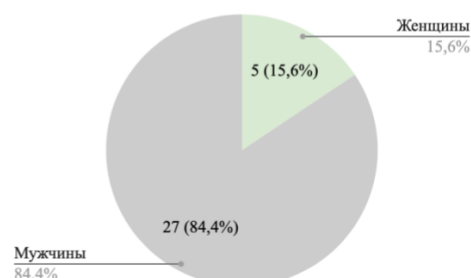
конфликтами, амбивалентным отношением к изменениям и повторяющимся нарушением терапевтических обязательств. Следует отметить, что 17 участников данной группы в качестве основной причины обращения за лечением указали стремление избавиться от заболевания в связи с проблемами, возникающими вследствие зависимости. В их числе отмечались трудности правового характера, включая долговые и кредитные обязательства, а также выраженные конфликты и напряженные отношения с родственниками.

Третью подгруппу составили пациенты, поступившие на лечение впервые (6 человек). Исследование данной категории позволяло зафиксировать ранний этап формирования мотивации к лечению, когда осознание проблемы еще нередко остается неполным, а готовность к изменениям может быть противоречивой и зависеть от внешнего давления со стороны семьи, медицинских рекомендаций, юридических, финансовых или социальных последствий зависимости. (Рис.1)

А. Распределение участников по этапам восстановления, N=32



В. Гендерная структура клинической выборки, N=32



С. Варианты постлечебной адаптации у лиц в ремиссии ≥ 2 лет, N=5a



Участники исследования (N = 32) – пациенты Республиканского научно-практического центра психического здоровья (Алматы, Павлодар, Астана) с различными формами аддитивных расстройств:

- алкогольной,
- наркотической,
- игровой зависимостью.

Рис.1 – Структура выборки

Методы исследования. Настоящее исследование выполнено в рамках качественного исследовательского дизайна, основанного на принципе *методологической триангуляции*, предусматривающем использование взаимодополняющих методов сбора данных. Оно направлено на анализ внешних и внутренних психологических условий восстановления у лиц с аддитивными расстройствами. Особое внимание уделялось анализу взаимосвязи между характеристиками реабилитационной среды и внутренними психологическими изменениями личности, возникающими в процессе выздоровления. Качественный подход позволил сосредоточиться на содержательном анализе смыслов, представлений и оценок, которые участники связывали с собственным процессом лечения, периодами стабилизации и эпизодами рецидивов.

В исследовании использовались два основных метода сбора эмпирических данных: *полуструктурированное клинико-психологическое интервью и наблюдение в реабилитационной среде терапевтического сообщества.*

Полуструктурированные психологические интервью выступали основным методом получения эмпирических данных. Интервью проводились по заранее разработанному тематическому плану и включали открытые вопросы, касающиеся опыта начала лечения, представлений участников о факторах выздоровления, переживаемых трудностей, а также условий, которые, по мнению самих пациентов, способствовали или препятствовали удержанию ремиссии. Полуструктурированный формат интервью позволял сохранять общую исследовательскую логику беседы, одновременно предоставляя участникам возможность свободно описывать собственный опыт, уточнять значимые события и разворачивать индивидуальные интерпретации процесса восстановления.

Дополнительным методом исследования выступало *наблюдение*, осуществлявшееся в условиях отделений психотерапии и реабилитации – функционирующих в них терапевтических сообществах. Наблюдение позволило зафиксировать особенности повседневного взаимодействия участников, элементы структурированной организации жизни отделения, формы коллективной ответственности, а также практики поддержки и признания, существующие внутри сообщества. Полученные в ходе наблюдения данные использовались для контекстуализации интервью и уточнения того, каким образом отдельные элементы реабилитационной среды могут выступать внешними условиями восстановления.

Результаты исследования и обсуждение *Терапевтическое сообщество как пространство социальной принятости, участия и реконструкции адаптивного взаимодействия.* Анализ полуструктурированных интервью и наблюдений в терапевтическом сообществе показал, что участники воспринимают данную форму взаимодействия не просто как организационный элемент реабилитационного процесса, а как особую социально-психологическую среду, формирующую ряд внешних условий, способствующих процессу восстановления. Содержательный анализ интервью позволил выделить несколько ключевых условий, формируемых терапевтическим сообществом и имеющих клинико-психологическое значение для процесса выздоровления.

1. *Условие открытого обсуждения личных и межличностных трудностей.* Респонденты подчеркивали, что в терапевтическом сообществе существует возможность открытого обсуждения широкого спектра проблем, включая не только вопросы, непосредственно связанные с зависимостью, но и повседневные трудности, межличностные конфликты, эмоциональные переживания, чувство вины, недоверие к себе, напряжение в отношениях с близкими и сложности удержания ремиссии. Важной особенностью такого обсуждения являлось то, что подобные темы не вытеснялись и не интерпретировались исключительно как проявления «симптома» или личностной несостоятельности. Напротив, они становились предметом коллективного анализа и обсуждения. С точки зрения клинической психологии зависимостей подобная практика может рассматриваться как фактор снижения защитных механизмов избегания и как условие развития рефлексивного отношения к собственному состоянию.

2. *Условие участия в коллективном принятии решений.* Вторым значимым элементом терапевтического сообщества, отмеченным участниками интервью, являлось участие самих пациентов в обсуждении и принятии решений, касающихся правил взаимодействия и организации повседневной жизни группы. В отличие от традиционных иерархических моделей помощи, где регуляция осуществляется преимущественно специалистами, в терапевтическом сообществе часть регуляторных функций распределяется между участниками. С клинико-психологической точки зрения это имеет принципиальное значение, поскольку аддиктивные расстройства нередко сопровождаются нарушениями саморегуляции, снижением способности удерживать решения и тенденцией к избеганию ответственности за последствия собственных действий. Включенность пациента в коллективные процессы обсуждения и принятия решений способствует постепенному восстановлению субъектной позиции и развитию чувства ответственности за собственное поведение.

3. *Условие переживания социальной услышанности и признания.* На уровне субъективного опыта участники неоднократно отмечали, что в терапевтическом сообществе они впервые за длительное время переживали состояние «услышанности» и «участия». Данные переживания имеют выраженное клинико-психологическое значение. Речь идет не только о формальной возможности высказаться, но о более глубоком опыте признания собственного присутствия в группе как значимого. Для многих респондентов данный опыт носил компенсаторный характер, поскольку в их предыдущем социальном опыте преобладали отношения недоверия, стигматизации, обесценивания или игнорирования. Возможность говорить о собственных переживаниях без немедленного морального осуждения воспринималась как новый или давно утраченный опыт межличностного взаимодействия.

4. *Условие снижения стигматизации и социальной дискредитации.* В интервью отчетливо прослеживалось противопоставление двух социальных контекстов: терапевтического сообщества и отношений с родственниками или более широким обществом. Респонденты отмечали, что за пределами реабилитационной среды они часто сталкиваются с устойчивым недоверием, обусловленным прошлым опытом зависимости. Даже при реальных попытках изменения поведения их действия продолжают интерпретироваться через призму прежнего аддиктивного опыта. Подобная социальная реакция поддерживает переживание изолированности и усиливает чувство отчуждения. В терапевтическом сообществе, напротив, формируется пространство, в котором участник не редуцируется к идентичности «зависимого», а рассматривается как человек, находящийся в процессе восстановления.

5. *Условие формирования отношений взаимной ответственности.* Еще одной характеристикой терапевтического сообщества является развитие опыта коллективной ответственности. Участники отмечали, что групповое взаимодействие предполагает не только получение поддержки, но и участие в поддержке других членов сообщества. Подобная структура взаимодействия способствует формированию понимания того, что собственное поведение влияет на других участников группы. В клинико-психологическом плане это создает условия для восстановления социальных форм поведения, нарушенных в период активной зависимости, когда отношения часто становятся инструментальными и подчиняются логике получения вещества, денег или эмоционального облегчения.

6. *Условие восстановления социальной принадлежности.* В совокупности перечисленные характеристики формируют в терапевтическом сообществе специфическую среду социальной включенности. Для многих пациентов это становится промежуточным пространством между клинической помощью и более широким обществом. В этой среде они получают возможность постепенно реконструировать навыки социального взаимодействия: открыто обсуждать трудности, принимать обратную связь, участвовать в коллективных обсуждениях, признавать собственные ошибки и одновременно сохранять ощущение принадлежности к группе.

Вместе с тем результаты интервью показывают, что терапевтическое сообщество не является универсальным терапевтическим фактором. Эффективность создаваемых в нем условий зависит от степени включенности самого пациента. Для некоторых участников на ранних этапах лечения групповое взаимодействие может сопровождаться настороженностью, сопротивлением или внутренней дистанцией, особенно при высоком уровне недоверия, выраженном чувстве стыда или преобладании внешней мотивации лечения.

Таким образом, терапевтическое сообщество в данном исследовании рассматривается не как самостоятельный терапевтический метод, а как *система внешних социально-психологических условий*, создающих возможности для восстановления. К ключевым условиям относятся: открытое обсуждение значимых вопросов, опыт услышанности и признания, участие в коллективном принятии решений, снижение стигматизации, формирование взаимной ответственности и восстановление социальной принадлежности. Именно совокупность этих факторов позволяет рассматривать терапевтическое сообщество как важное промежуточное пространство реабилитации, в котором пациенты могут постепенно

восстанавливать адаптивные формы социального функционирования и укреплять способность существовать вне логики аддиктивного поведения.

Режим, дисциплина и самоуправление в отделении как пространство формирования саморегуляции. Анализ интервью показал, что значимым элементом реабилитационной среды, который участники связывали с процессом восстановления, является структурированная организация повседневной жизни в отделении. Речь идет о системе режима, распределении обязанностей, правилах взаимодействия и элементах самоуправления внутри реабилитационного пространства. По оценке респондентов, данные элементы не воспринимаются исключительно как административные требования лечебного учреждения. Напротив, они рассматриваются как важная часть реабилитационного процесса, создающая условия для постепенного восстановления способности к саморегуляции и ответственному управлению собственной жизнью. Для многих пациентов подобная структура существенно отличалась от их прежнего образа жизни, сформированного в период активной зависимости. В условиях аддиктивного поведения повседневная жизнь, как правило, характеризуется выраженной дезорганизацией: нарушаются временные ритмы, обязательства игнорируются, а поведение подчиняется краткосрочным импульсам и поиску способов удовлетворения зависимости. В результате формируется состояние поведенческой нестабильности, при котором способность к долгосрочному планированию, дисциплине и последовательному выполнению действий оказывается значительно ослабленной.

В этом контексте режим и структурированная организация жизни в отделении выполняют функцию *внешней системы регуляции поведения*, временно компенсирующей дефициты самоконтроля. Однако результаты интервью показывают, что значение данной регуляторной структуры не ограничивается контролирующей функцией. По мере включенности в повседневную жизнь реабилитационной среды пациенты начинают воспринимать режим не только как внешнее требование, но и как пространство освоения новых форм отношения к собственной жизни.

Особое значение в интервью придавалось практике *самоуправления внутри отделения*. Респонденты отмечали, что многие аспекты повседневной жизни регулируются не только персоналом, но и самими участниками через коллективные обсуждения и распределение ответственности. Подобная организация взаимодействия способствует тому, что пациент оказывается не только объектом лечебного воздействия, но и активным участником среды, влияющим на ее функционирование. С клинико-психологической точки зрения подобная модель взаимодействия имеет важное значение, поскольку она способствует постепенному переходу от внешнего контроля к формированию внутреннего чувства ответственности (Lyle и другие, 2022).

Процесс включенности в режим и систему самоуправления может быть описан как постепенное освоение пациентами *структурированных форм поведенческой регуляции*. Регулярное выполнение обязанностей, участие в коллективных задачах и необходимость соблюдать установленный распорядок формируют устойчивую связь между намерением и действием. Для лиц с зависимостями это имеет особое значение, поскольку в период активного аддиктивного поведения данная связь часто оказывается нарушенной. Кроме того, участие в системе самоуправления формирует опыт *совместной ответственности*. Пациенты отмечали, что многие решения принимаются коллективно, что создает ситуацию, в которой индивидуальные действия начинают восприниматься в контексте их влияния на общее пространство (Turner и другие, 2025). В результате формируется понимание того, что собственное поведение имеет значение не только для самого человека, но и для окружающих. Этот опыт особенно важен для пациентов, у которых в период зависимости межличностные отношения часто деформируются и приобретают инструментальный характер.

Таким образом, режим, дисциплина и элементы самоуправления в реабилитационном отделении можно рассматривать как значимый компонент реабилитационной среды,

способствующий восстановлению поведенческой организации и развитию навыков саморегуляции. Через участие в структурированной повседневности пациенты постепенно восстанавливают способность к дисциплине, последовательности действий и ответственному управлению собственной жизнью.

Эмпатическая среда и условия социальной принятности как фактор восстановления. Еще одним значимым элементом реабилитационной среды, отмеченным участниками исследования, стало формирование атмосферы эмпатического взаимодействия и социальной принятности внутри отделения. По данным интервью и наблюдений, пациенты подчеркивали, что в реабилитационном пространстве создаются условия, при которых человек воспринимается не только через призму своего аддиктивного прошлого, но прежде всего как участник процесса восстановления. Участники отмечали, что внутри реабилитационного пространства формируется особая культура взаимодействия, основанная на взаимной поддержке, уважительном отношении и эмпатии. В отличие от внешней социальной среды, где пациенты часто переживают недоверие и социальное дистанцирование, внутри отделения создаются условия, позволяющие человеку пережить опыт принятия и признания. Этот опыт особенно важен для лиц с зависимостями, поскольку длительное аддиктивное поведение часто сопровождается разрушением межличностных связей и формированием устойчивого чувства социальной изоляции (Mistry и другие).

Особое значение в этом контексте имеют *ритуализированные формы признания достижений пациентов*, символизирующие переход к новому этапу восстановления. В ходе наблюдения было зафиксировано, что в отделении практикуются символические действия, направленные на коллективное признание успехов выздоравливающих пациентов. Одним из таких примеров является проведение традиционного ритуала *тұсау кесу* – культурно значимого обряда, символизирующего начало нового этапа жизненного пути. В реабилитационном контексте подобные действия выполняют важную психологическую функцию: они обозначают переход пациента от состояния зависимости к новому этапу личностного и социального восстановления. С точки зрения клинической психологии подобные ритуалы могут рассматриваться как форма *социального подтверждения изменений*, происходящих в личности пациента. Коллективное признание успехов способствует укреплению мотивации к выздоровлению, формированию позитивной идентичности и переживанию собственной включенности в поддерживающее сообщество (Рисунок 1).



Рис. 1 Внешние условия реабилитационной среды и механизм их интериоризации в процессе восстановления

Полученные данные позволяют рассматривать реабилитационную среду как систему взаимосвязанных условий, способствующих постепенной *интериоризации внешних социальных и поведенческих структур*. В совокупности описанные элементы реабилитационной среды формируют переходный механизм, в рамках которого внешние социальные и организационные условия постепенно преобразуются во внутренние психологические ресурсы пациента. Длительное включение в структурированное пространство терапевтического сообщества, участие в совместной деятельности, наличие правил взаимодействия, поддерживающих отношений и коллективной ответственности создают условия для постепенной интериоризации внешних форм регуляции поведения. В результате такие первоначально внешние механизмы поддержки и контроля начинают преобразовываться во внутренние психологические опоры личности. Этот процесс интериоризации проявляется в формировании субъектной позиции, развитии ответственности за собственное состояние, восстановлении витальной направленности личности и способности к более устойчивому самоуправлению вне клинического пространства.

Анализ интервью позволил выделить несколько внутренних механизмов, формирующихся в процессе длительного пребывания (от 15 месяцев) в реабилитационной программе и отражающих результаты интериоризации внешних условий терапевтической среды.

1. Анализ интервью показал, что среди 21 пациента, повторно поступившего на лечение, 17 участников указывали на негативную мотивацию как основную причину обращения за помощью. Такая мотивация формировалась преимущественно в условиях кризиса и была связана со стремлением избежать дальнейших последствий зависимости. Респонденты отмечали, что решение о лечении часто принималось на фоне ухудшения семейных отношений, финансовых трудностей, проблем со здоровьем, утраты доверия близких или социального статуса. В этих условиях лечение воспринималось прежде всего как способ остановить дальнейшее разрушение жизненной ситуации.

Однако участники, находящиеся в устойчивой ремиссии, включая лиц, включившихся в консультативную деятельность или вернувшихся к профессиональной занятости, последовательно указывали на ограниченную устойчивость подобной мотивации. По их

наблюдениям, мотивация, основанная преимущественно на избегании негативных последствий, обладает временным характером и постепенно ослабевает по мере снижения остроты кризисной ситуации. С клинико-психологической точки зрения это может свидетельствовать о дефиците позитивно организованной перспективы восстановления. В подобных случаях прекращение аддиктивного поведения не сопровождается формированием новой системы жизненных ориентиров, что повышает риск утраты терапевтической устойчивости и повторных срывов (Stevenson и др., 2023).

2. Значимым внутренним механизмом, выявленным в интервью, стало постепенное принятие внутренней проблемы и готовность работать с собственным психологическим состоянием. Участники отмечали, что на ранних этапах зависимости нередко доминируют такие защитные механизмы, как отрицание проблемы, рационализация, минимизация последствий или перекладывание ответственности на внешние обстоятельства. Однако длительное участие в реабилитационной программе и включенность в терапевтическое сообщество создают условия, при которых эти защитные стратегии постепенно утрачивают регуляторную функцию.

По словам участников ремиссионной группы, устойчивое выздоровление связано не только с прекращением аддиктивного поведения, но и с развитием способности выдерживать собственные эмоциональные состояния без обращения к привычным аддиктивным способам регуляции. Речь идет о возможности сталкиваться с такими переживаниями, как тревога, чувство вины, стыд, разочарование, внутренняя пустота или напряжение, не прибегая к избеганию или деструктивным стратегиям поведения. С точки зрения клинической психологии зависимостей данный процесс может рассматриваться как переход от стратегии эмоционального избегания к более зрелым формам психологической регуляции. В клинико-психологическом контексте он связан с развитием рефлексивной способности личности и снижением выраженности психологических защит, поддерживающих аддиктивное поведение (Tahniat, 2025).

Ограничения исследования. При интерпретации результатов необходимо учитывать ряд методологических ограничений. Исследование было сосредоточено преимущественно на анализе опыта участников терапевтического сообщества и данных полуструктурированных интервью. Такой фокус позволил детально изучить социально-психологические условия взаимодействия пациентов, их представления о внешних и внутренних факторах восстановления, однако не включал непосредственное наблюдение индивидуальной психотерапевтической работы. В силу требований профессиональной этики и принципов конфиденциальности исследователь не имел доступа к содержанию индивидуальных терапевтических сессий и персонализированных программ реабилитации. В связи с этим влияние индивидуальных психотерапевтических вмешательств отражено в исследовании лишь опосредованно – через высказывания участников, а не через прямой анализ терапевтического процесса.

Заключение. Результаты проведенного качественного исследования позволяют рассматривать процесс восстановления при аддиктивных расстройствах как динамическое взаимодействие внешних условий реабилитационной среды и формирующихся внутренних психологических механизмов личности. Полученные данные показывают, что терапевтическое сообщество и институциональная среда лечения выступают не только пространством клинической помощи, но и важным фактором формирования психологических ресурсов пациента. Анализ интервью и данных наблюдения свидетельствует о том, что длительное пребывание в структурированной реабилитационной среде создает условия для постепенной интериоризации внешних форм социальной регуляции. Такие элементы терапевтической среды, как участие в коллективной деятельности, система взаимной ответственности, поддерживающие формы взаимодействия и структурированность повседневной жизни, могут выступать внешними регуляторными механизмами, которые со временем преобразуются во внутренние психологические опоры личности. В ходе анализа были выявлены ключевые

внутренние механизмы восстановления, формирующиеся в процессе участия в программе лечения. К ним относятся осознание ограниченности негативной мотивации как единственного основания лечения, принятие внутренней проблемы и развитие способности выдерживать собственный эмоциональный опыт без обращения к аддиктивным способам регуляции. Эти изменения отражают формирование субъектной позиции личности, развитие рефлексивности и укрепление навыков саморегуляции.

Таким образом, результаты исследования позволяют рассматривать восстановление при аддиктивных расстройствах как процесс постепенного преобразования внешних условий терапевтической среды во внутренние психологические ресурсы, обеспечивающие устойчивость ремиссии и возможность более адаптивного жизненного функционирования.

Благодарности. Настоящее исследование выполнено при финансовой поддержке Комитета науки Министерства науки и высшего образования Республики Казахстан (грант № BR24992927 «Интегративное исследование игровой зависимости в Казахстане и междисциплинарные стратегии ее минимизации»).

Список литературы

1. Altavilla D., Mazzaggio G., Deriu V., Garelo S., Vecchi A., Adornetti I., Ferretti F. Metaphor as a cognitive and relational tool for self-narrating experience of addiction: a qualitative-quantitative analysis // *Frontiers in Psychology*. – 2025. – Vol. 16. – DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2025.1658238>.
2. Ayres R., Ingram J., Rees A., Neale J., Beattie A., Telfer M. Enhancing motivation within a rapid opioid substitution treatment feasibility RCT: a nested qualitative study // *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*. – 2014. – Vol. 9, No. 1. – DOI: <https://doi.org/10.1186/1747-597x-9-44>.
3. Deater-Deckard K. The social environment and the development of psychopathology // *The Oxford Handbook of Developmental Psychology*. Vol. 2: Self and Other / ed. by P. D. Zelazo. – Oxford: Oxford University Press, 2013. – P. 527–548. – DOI: <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199958474.013.0021>.
4. Deriu V., Altavilla D., Adornetti I., Chiera A., Ferretti F. Narrative identity in addictive disorders: a conceptual review // *Frontiers in Psychology*. – 2024. – Vol. 15. – DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1409217>.
5. Fitzgerald J., McCarty D. Understanding attitudes toward use of medication in substance abuse treatment: a multilevel approach // *Psychological Services*. – 2009. – Vol. 6, No. 1. – P. 74–84. – DOI: <https://doi.org/10.1037/a0013420>.
6. Gueta K., Gamliel S., Ronel N. “Weak is the new strong”: gendered meanings of recovery from substance abuse among male prisoners participating in Narcotics Anonymous meetings // *Men and Masculinities*. – 2021. Vol. 24, No. 1. P. 104–126. – DOI: <https://doi.org/10.1177/1097184X19849449>.
7. Kaite C., Karanikola M., Vouzavali F., Koutroubas A., Merkouris A., Papathanassoglou E. The experience of Greek-Cypriot individuals living with mental illness: preliminary results of a phenomenological study // *BMC Psychiatry*. – 2016. Vol. 16, No. 1. – DOI: <https://doi.org/10.1186/s12888-016-1051-y>.
8. Kanungo R., Gupta S., Patel P., Priksat V., Liu R. Digital consumption and socio-normative vulnerability // *Technological Forecasting and Social Change*. – 2022. – Vol. 182. – Article 121808. – DOI: <https://doi.org/10.1016/j.techfore.2022.121808>.
9. Kinsella M. Fostering client autonomy in addiction rehabilitative practice: the role of therapeutic presence // *Journal of Theoretical and Philosophical Psychology*. – 2017. – Vol. 37, No. 2. – P. 91–108. – DOI: <https://doi.org/10.1037/teo0000056>.
10. Lyle M. S., Allenius E., Salomonsson S., Björkdahl A., Strand M., Flyckt L., Rozental A. What are the effects of implementing patient-controlled admissions in inpatient care? A study protocol of a large-scale implementation and naturalistic evaluation for adult and adolescent patients with severe psychiatric conditions throughout Region Stockholm // *BMJ Open*. – 2022. – Vol. 12, No. 8. – e065770. – DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-065770>.
11. Meyer H. H., Thompson M., Gunawan T., Schwandt M. L., Ramchandani V. A., Diazgranados N., Luk J. W. Latent profile analysis of trait impulsivity facets and associations with resilience, problematic alcohol use, and quality of life // *Alcohol: Clinical and Experimental Research*. – 2025. – Vol. 49, No. 10. – P. 2365–2378. – DOI: <https://doi.org/10.1111/acer.70158>.

12. Mistry H., Levack W., Johnson S. Enabling people, not completing tasks: patient perspectives on relationships and staff morale in mental health wards in England // *BMC Psychiatry*. — 2015. — Vol. 15, No. 1. — DOI: <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0690-8>.
13. Mooney A., Craft N., Broadbear J. Borderline personality disorder, substance abuse and disordered eating: perceptions of treatment and recovery within community mental health // *The Journal of Mental Health Training, Education and Practice*. — 2023. — Vol. 18, No. 6. — P. 377–396. — DOI: <https://doi.org/10.1108/jmhtep-01-2022-0003>.
14. Riebel M., Rohmer O., Charles É., Lefebvre F., Weibel S., Weiner L. Compassion-focused therapy for the reduction of the self-stigma of mental disorders: study protocol // *Trials*. — 2023. — Vol. 24, No. 1. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13063-023-07393-y>.
15. Sinha R. Stress and substance use disorders: risk, relapse, and treatment outcomes // *Journal of Clinical Investigation*. — 2024. Vol. 134, No. 16. — DOI: <https://doi.org/10.1172/jci172883>.
16. Sremac S. Trauma, substance dependence and religious coping: a narrative spiritual appraisal in faith-based recovery programs // *Journal of Empirical Theology*. — 2018. — Vol. 31, No. 1. — P. 112–135. — DOI: <https://doi.org/10.1163/15709256-12341369>.
17. Stevenson B. J., Calixte R. M., Mueller L. Recovery-oriented psychotherapy: practical recommendations for psychologists in organized care settings // *Psychological Services*. — 2023. — Vol. 20, No. 4. — P. 918–928. — DOI: <https://doi.org/10.1037/ser0000694>.
18. Tahniat A., Nasim B. Culturally informed DBT for stimulant use disorder in low-literacy context: a case from Pakistan // *Clinical Case Studies*. — 2025. — Vol. 25, No. 1. — P. 39–56. — DOI: <https://doi.org/10.1177/15346501251408793>.
19. Тапалова О. Б. Мотивация достижения в норме и при психической патологии (на казахстанской выборке): дис. ... д-ра психол. наук: 19.00.04. Харьков, 2016. — 421 с. — URL: https://psychology.karazin.ua/15_16_news/tapalova_diss.pdf (дата обращения: 14.03.2026).
20. Theodorakis Y., Hassandra M., Panagiotounis F. Enhancing substance use disorder recovery through integrated physical activity and behavioral interventions // *Brain Sciences*. 2024. — Vol. 14, No. 6. — Article 534. — DOI: <https://doi.org/10.3390/brainsci14060534>.
21. Turner B. J., McKnight B., Senay Z., Barbic S. Lived experience and clinician perspectives on the priorities and challenges of integrating peer support in acute psychiatric services for people with BPD // *International Journal of Mental Health Nursing*. — 2025. — Vol. 34, No. 5. — DOI: <https://doi.org/10.1111/inm.70158>.
22. Vignati B., Crivelli D. Active role of participants in neuroempowerment training and supportive neurotechnologies: a theoretical-methodological perspective // *Frontiers in Psychology*. — 2025. — Vol. 16. — DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2025.1660000>.
23. Winhusen T., Walley A., Fanucchi L., Hunt T., Lyons M., Lofwall M., Chandler R. The opioid-overdose reduction continuum of care approach (ORCCA): evidence-based practices in the HEALing Communities Study // *Drug and Alcohol Dependence*. — 2020. — Vol. 217. — Article 108325. — DOI: <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2020.108325>.
24. Yedinak J., Goedel W., Paull K., Lebeau R., Krieger M., Thompson C., Marshall B. Defining a recovery-oriented cascade of care for opioid use disorder: a community-driven, statewide cross-sectional assessment // *PLoS Medicine*. — 2019. — Vol. 16, No. 11. — e1002963. — DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002963>

References

1. Altavilla D., Mazzaggio G., Deriu V., Garelo S., Vecchi A., Adornetti I., Ferretti F. Metaphor as a cognitive and relational tool for self-narrating experience of addiction: a qualitative-quantitative analysis // *Frontiers in Psychology*. — 2025. — Vol. 16. — DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2025.1658238>.
2. Ayres R., Ingram J., Rees A., Neale J., Beattie A., Telfer M. Enhancing motivation within a rapid opioid substitution treatment feasibility RCT: a nested qualitative study // *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*. — 2014. — Vol. 9, No. 1. — DOI: <https://doi.org/10.1186/1747-597x-9-44>.
3. Deater-Deckard K. The social environment and the development of psychopathology // *The Oxford Handbook of Developmental Psychology*. Vol. 2: Self and Other / ed. by P. D. Zelazo. — Oxford: Oxford University Press, 2013. — P. 527–548. — DOI: <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199958474.013.0021>.
4. Deriu V., Altavilla D., Adornetti I., Chiera A., Ferretti F. Narrative identity in addictive disorders: a conceptual review // *Frontiers in Psychology*. — 2024. — Vol. 15. — DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1409217>.

5. Fitzgerald J., McCarty D. Understanding attitudes toward use of medication in substance abuse treatment: a multilevel approach // *Psychological Services*. – 2009. – Vol. 6, No. 1. – P. 74–84. – DOI: <https://doi.org/10.1037/a0013420>.
6. Gueta K., Gamliel S., Ronel N. “Weak is the new strong”: gendered meanings of recovery from substance abuse among male prisoners participating in Narcotics Anonymous meetings // *Men and Masculinities*. – 2021. – Vol. 24, No. 1. – P. 104–126. – DOI: <https://doi.org/10.1177/1097184X19849449>.
7. Kaite C., Karanikola M., Vouzavali F., Koutroubas A., Merkouris A., Papathanassoglou E. The experience of Greek-Cypriot individuals living with mental illness: preliminary results of a phenomenological study // *BMC Psychiatry*. – 2016. – Vol. 16, No. 1. – DOI: <https://doi.org/10.1186/s12888-016-1051-y>.
8. Kanungo R., Gupta S., Patel P., Prikshat V., Liu R. Digital consumption and socio-normative vulnerability // *Technological Forecasting and Social Change*. – 2022. Vol. 182. – Article 121808. – DOI: <https://doi.org/10.1016/j.techfore.2022.121808>.
9. Kinsella M. Fostering client autonomy in addiction rehabilitative practice: the role of therapeutic presence // *Journal of Theoretical and Philosophical Psychology*. – 2017. – Vol. 37, No. 2. – P. 91–108. – DOI: <https://doi.org/10.1037/teo0000056>.
10. Lyle M. S., Allenius E., Salomonsson S., Björkdahl A., Strand M., Flyckt L., Rozental A. What are the effects of implementing patient-controlled admissions in inpatient care? A study protocol of a large-scale implementation and naturalistic evaluation for adult and adolescent patients with severe psychiatric conditions throughout Region Stockholm // *BMJ Open*. – 2022. – Vol. 12, No. 8. – e065770. – DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-065770>.
11. Meyer H. H., Thompson M., Gunawan T., Schwandt M. L., Ramchandani V. A., Diazgranados N., Luk J. W. Latent profile analysis of trait impulsivity facets and associations with resilience, problematic alcohol use, and quality of life // *Alcohol: Clinical and Experimental Research*. – 2025. – Vol. 49, No. 10. – P. 2365–2378. – DOI: <https://doi.org/10.1111/acer.70158>.
12. Mistry H., Levack W., Johnson S. Enabling people, not completing tasks: patient perspectives on relationships and staff morale in mental health wards in England // *BMC Psychiatry*. – 2015. – Vol. 15, No. 1. – DOI: <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0690-8>.
13. Mooney A., Crafti N., Broadbear J. Borderline personality disorder, substance abuse and disordered eating: perceptions of treatment and recovery within community mental health // *The Journal of Mental Health Training, Education and Practice*. – 2023. – Vol. 18, No. 6. – P. 377–396. – DOI: <https://doi.org/10.1108/jmhtep-01-2022-0003>.
14. Riebel M., Rohmer O., Charles É., Lefebvre F., Weibel S., Weiner L. Compassion-focused therapy for the reduction of the self-stigma of mental disorders: study protocol // *Trials*. – 2023. – Vol. 24, No. 1. – DOI: <https://doi.org/10.1186/s13063-023-07393-y>.
15. Sinha R. Stress and substance use disorders: risk, relapse, and treatment outcomes // *Journal of Clinical Investigation*. – 2024. – Vol. 134, No. 16. – DOI: <https://doi.org/10.1172/jci172883>.
16. Sremac S. Trauma, substance dependence and religious coping: a narrative spiritual appraisal in faith-based recovery programs // *Journal of Empirical Theology*. – 2018. – Vol. 31, No. 1. – P. 112–135. – DOI: <https://doi.org/10.1163/15709256-12341369>.
17. Stevenson B. J., Calixte R. M., Mueller L. Recovery-oriented psychotherapy: practical recommendations for psychologists in organized care settings // *Psychological Services*. – 2023. – Vol. 20, No. 4. – P. 918–928. – DOI: <https://doi.org/10.1037/ser0000694>.
18. Tahniat A., Nasim B. Culturally informed DBT for stimulant use disorder in low-literacy context: a case from Pakistan // *Clinical Case Studies*. – 2025. – Vol. 25, No. 1. – P. 39–56. – DOI: <https://doi.org/10.1177/15346501251408793>.
19. Тапалова О. Б. Мотивация достижения в норме и при психической патологии (на казахстанской выборке): дис. ... д-ра психол. наук: 19.00.04. – Харьков, 2016. – 421 с. – URL: https://psychology.karazin.ua/15_16_news/tapalova_diss.pdf (дата обращения: 14.03.2026).
20. Theodorakis Y., Hassandra M., Panagiotounis F. Enhancing substance use disorder recovery through integrated physical activity and behavioral interventions // *Brain Sciences*. – 2024. – Vol. 14, No. 6. – Article 534. – DOI: <https://doi.org/10.3390/brainsci14060534>.
21. Turner B. J., McKnight B., Senay Z., Barbic S. Lived experience and clinician perspectives on the priorities and challenges of integrating peer support in acute psychiatric services for people with BPD // *International Journal of Mental Health Nursing*. – 2025. – Vol. 34, No. 5. – DOI: <https://doi.org/10.1111/inm.70158>.

22. Vignati B., Crivelli D. Active role of participants in neuroempowerment training and supportive neurotechnologies: a theoretical-methodological perspective // *Frontiers in Psychology*. – 2025. – Vol. 16. – DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2025.1660000>.

23. Winhusen T., Walley A., Fanucchi L., Hunt T., Lyons M., Lofwall M., Chandler R. The opioid-overdose reduction continuum of care approach (ORCCA): evidence-based practices in the HEALing Communities Study // *Drug and Alcohol Dependence*. – 2020. – Vol. 217. – Article 108325. – DOI: <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2020.108325>.

24. Yedinak J., Goedel W., Paull K., Lebeau R., Krieger M., Thompson C., Marshall B. Defining a recovery-oriented cascade of care for opioid use disorder: a community-driven, statewide cross-sectional assessment // *PLoS Medicine*. – 2019. – Vol. 16, No. 11. – e1002963. – DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002963>

Информация об авторах:

Алтынбеков Куаныш Сагатович – доктор медицинских наук, НАО «Медицинский университет Астана», директор ГКП на ПХВ «Городской центр психического здоровья» города Астана, kaltynbekov595@gmail.com

Бурибаев Ермек Абильтяевич – Доктор юридических наук, профессор, Председатель Правления-Ректор НАО Жетысуский университет им. Ильяса Жансугурова, г.Талдықорған, yermek-a@mail.ru

Жиенбаева Надежда Бисеновна – Доктор психологических наук, профессор, профессор-исследователь, кафедра специальной педагогики КазНПУ им. Абая., г. Алматы, zh_nadejda@mail.ru

Бектаева Гаухар Теміржановна – директор Филиала Республиканского научно-практического центра психического здоровья в г. Павлодар, Gauhar_b@mail.ru

Хамзина Жанна Амангельдиевна – Доктор юридических наук, профессор, профессор-исследователь, кафедра юриспруденции КазНПУ им. Абая., г. Алматы, 292803@mail.ru

*Суюндыкова Нургул Молдабаевна – автор-корреспондент, PhD кандидат, кафедра общей и прикладной психологии, КазНПУ им. Абая, г. Алматы nsuyundykova@abaiuniversity.edu.kz

Авторлар туралы ақпарат

Алтынбеков Куаныш Сагатович – Медицина ғылымдарының докторы, «Астана медициналық университеті» КеАҚ, Астана қаласының «Қалалық психикалық денсаулық орталығы» ШЖҚ МКК директоры, kaltynbekov595@gmail.com

Бөрібаев Ермек Әбілтайұлы – Заң ғылымдарының докторы, профессор, Ілияс Жансүгіров атындағы Жетісу университетінің ҰАО Басқарма төрағасы-ректор, Талдықорған қ., yermek-a@mail.ru

Жиенбаева Надежда Бисеновна – Психология ғылымдарының докторы, профессор, профессор-зерттеуші, «Арнайы педагогика» кафедрасы, Абай атындағы ҚазҰПУ. Алматы қ., zh_nadejda@mail.ru

Бектаева Гаухар Теміржановна – Республикалық ғылыми-практикалық психикалық денсаулық орталығы, Павлодар қаласындағы филиал директоры, Gauhar_b@mail.ru

Хамзина Жанна Амангелдіқызы – Заң ғылымдарының докторы, профессор, профессор-зерттеуші, «Құқықтану» кафедрасының ғылыми қызметкері, Абай атындағы ҚазҰПУ, Алматы қ., 292803@mail.ru

*Сүйіндікова Нұргүл Молдабайқызы – автор-корреспондент, PhD кандидаты, жалпы және қолданбалы психология кафедрасы, Абай атындағы ҚазҰПУ, Алматы қ., +77012444662, nsuyundykova@abaiuniversity.edu.kz

Information about the Authors

Kuanysh Sagatovich Altynbekov – Doctor of Medical Sciences, NJSC Astana Medical University, Director of the Municipal State Enterprise “City Center for Mental Health” of Astana, kaltynbekov595@gmail.com,

Yermek Abiltayevich Buribayev – Doctor of Law, Professor, Chairman of the Board–Rector of NJSC Ilyas Zhansugurov Zhetyssu University, Taldyqorgan, yermek-a@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0003-0433-596X>.

Nadezhda Bisenovna Zhiembayeva – Doctor of Psychological Sciences, Professor, Research Professor, Department of Special Pedagogy, Abai Kazakh National Pedagogical University, Almaty, zh_nadejda@mail.ru

Gaukhar Temirzhanovna Bektaeva – Republican Scientific and Practical Center of Mental Health, Director of the Pavlodar branch, Gauhar_b@mail.ru

Zhanna Amangeldiyevna Khamzina – Doctor of Law, Professor, Research Professor, Department of Jurisprudence, Abai Kazakh National Pedagogical University, Almaty, 292803@mail.ru

*Nurgul Moldabayevna Suyundykova – corresponding author, PhD Candidate, Department of General and Applied Psychology, Abai Kazakh National Pedagogical University, Almaty nsuyundykova@gmail.com