

Старикова Нина Базаровна

студентка

Чултурова Диана Алимовна

студентка

Научный руководитель

Ишкова Екатерина Валерьевна

канд. психол. наук, доцент, доцент, преподаватель

ФГБОУ ВО «Кубанский государственный университет»

г. Краснодар, Краснодарский край

DOI 10.31483/r-154231

ЭФФЕКТИВНЫЕ МОДЕЛИ ПРОФИЛАКТИКИ И КОРРЕКЦИИ ЗАВИСИМОГО И СОЗАВИСИМОГО ПОВЕДЕНИЯ В ГЛОБАЛЬНОМ КОНТЕКСТЕ

***Аннотация:** статья посвящена теоретическому анализу современных моделей профилактики и коррекции зависимого и созависимого поведения в глобальном контексте. Актуальность исследования обусловлена ростом распространённости химических и нехимических зависимостей, а также признанием системного характера аддиктивных процессов, затрагивающих не только личность, но и её социальное окружение. В статье описана эволюция представлений о зависимости от морально-нормативных трактовок к биопсихосоциальной парадигме. Рассматриваются биопсихосоциальная модель, когнитивно-поведенческая терапия, модель взаимопомощи «12 шагов» и семейно-системный подход. Показано, что созависимость выступает устойчивым паттерном межличностного взаимодействия, поддерживающим цикл аддикции. Сделан вывод о необходимости интегративного подхода, объединяющего психологические, социальные и системные интервенции для повышения эффективности помощи.*

***Ключевые слова:** зависимость, созависимость, «12 шагов», КПТ, системно-семейный подход, биопсихосоциальная модель.*

Феномен зависимости актуален в разных науках: медицина, психология, социология, педагогике и многие другие. Аддиктология – наука о химических и нехимических зависимостях, она изучает механизмы формирования, развития, диагностики и профилактики аддикции. Как наука, аддиктология возникла в России в конце XIX века [8]. Аддиктивное поведение в литературе имеет несколько разных определений. Ц.П. Короленко в своих ранних работах рассматривал зависимость как злоупотребление одним или несколькими химическими веществами, изменяющими психическое состояние без признаков физической зависимости. В поздних работах аддикция трактуется форму деструктивного поведения, выражающуюся в стремлении к уходу от реальности посредством приема некоторых веществ или постоянной фиксации внимания на определенных предметах или видах деятельности, что сопровождается развитием интенсивных, субъективно приятных эмоций [5]. Также встает вопрос о соотношении аддикции и зависимости. Ц.П. Короленко, Л.Г. Леонова и Н.Л. Бочкарева считали эти понятия синонимами, а А.Е. Личко и В.С. Битенский рассматривали аддиктивное поведение как переходную стадию к зависимому.

В прошлом к зависимости не относились как к болезни, злоупотребляющие лишь осуждались и получали проповеди. Такое понимание к основной зависимости на тот момент – алкоголю, было распространено вплоть до XIX века. Постепенно алкоголизм стал рассматриваться с медицинской точки зрения, а его морально-этическое осуждение отошло на второй план. Уже в XX веке медицинские и клинические подходы к изучению алкоголизма приобрели особую значимость [10]. На протяжении почти целого столетия делались попытки свести понятие аддикции к фармакологическим эффектам, вызванным химической структурой наркотиков. Но исследования второй половины 20 века опровергают этот взгляд. В 1954 г. Лазанья провел эксперимент с плацебо, который продемонстрировал, что реакция людей на то или иное вещество во многом определяется тем, что они думают об этом веществе. Пациентам делали инъекции морфина либо плацебо, объявляя им, что это обезболивающее вещество. От 30 до 40 процентов пациентов нашли плацебо столь же действенным, как и морфин [13].

Сторонники модели, предполагающие, что эффекты наркотиков зависят не столько от химических свойств самих наркотиков, сколько от условий, в которых это происходит, создали социокультурную теорию аддикции. работы Джорджии Лолли и Ричарда Джессора показали, что итальянцы, имеющие долгий устоявшийся опыт потребления спиртного, не думают, что алкоголь обладает такой потенциальной способностью утешать, какую приписывают ему американцы. В результате у итальянцев алкоголизм менее распространен [20]. Профессор психиатрии Медицинской школы Гарвардского университета Норман Зинберг первым начал проводить исследования в области так называемого контролируемого употребления наркотиков. Гипотеза Зинберга заключалась в том, что социальное окружение посредством развития социальных санкций и ритуалов позволяет установить контроль над употреблением запрещенных наркотиков. Средства социального контроля применяются в современном мире к употреблению всех наркотиков, а не только алкоголя, и могут действовать в самом разном социальном окружении: от очень больших социальных групп, представляющих культуру в целом, до маленьких компаний [29].

Психологическая теория аддикции имеет под собой основу формирования последствия. Соломон и Корбит демонстрируют фундаментальное сходство между опиатной зависимостью и любовью. В обоих случаях человек повторно ищет тот вид стимуляции, который приносит острое наслаждение. Но с течением времени он обнаруживает, что ему нужно этого больше, поскольку наслаждается он меньше. Героиновый наркоман получает все меньшее удовольствие от наркотика, хотя он вынужден возвращаться к нему, чтобы уменьшить боль, которую причиняет его отсутствие. Любовника больше не возбуждает так сильно его партнер, но он становится все более зависим от успокаивающего комфорта, который обеспечивает присутствие рядом партнера,

и все менее способен выносить сепарацию. В этом случае негативное последствие побеждает изначально позитивную стимуляцию [27]. Заядлый алкоголик принимает алкоголь, не потому что наслаждается им, а потому что это то,

что поддерживает его на сносом уровне существования. Это процесс толерантности, через который аддикт приходит к принятию аддиктивного объекта в качестве чего-то, необходимого для своего психологического выживания. То, что могло быть когда-то позитивной мотивацией, превращается в негативную. Теперь это – скорее вопрос необходимости, чем желания.

В 1972 году Дэвид Маклеланд изучал злоупотреблявших алкоголем студентов колледжа и обнаружил у них повышенное стремление к власти. Исследование проводилось с помощью проективной методики ТАТ (Thematic Apperception Test). Было обнаружено, что, несмотря на свое стремление к власти, студенты-пьяницы не пытались занять руководящие должности в студенческих организациях, то есть реализовать свою потребность в доминировании конструктивным путем. Вместо этого они предавались экстравагантным фантазиям о собственном могуществе, причем алкоголь усиливал эти фантазии. Исследование стало основой для формирования теории аддиктивной личности [25]. Впоследствии были разработаны опросники для измерения личностных черт алкоголиков. Наиболее известной является шкала, разработанная Крейгом МакЭндрю в качестве дополнения к личностному опроснику ММРІ. Шкала МакЭндрю (известная как МАС) обладает достаточно высокой валидностью: она правильно выявляет от 75 до 85% алкоголиков. Этот процент алкоголиков называется «первичными», остальные 15% – «вторичные». Последние, согласно типологии МакЭндрю, стали алкоголиками не по причине личностной склонности, а в качестве реакции на нервное напряжение и депрессию [24].

Психоаналитики в самом начале своего пути рассматривали алкоголиков, как искателей удовольствий, склонных к саморазрушению. Сегодня многие психоаналитики считают, что главным в аддиктивном поведении является не импульс к саморазрушению, а дефицит адекватного восприятия родительских фигур и, как следствие, нарушение способности к самозащите. Американский психоаналитик Леон Вёрмсер определяет аддиктивное поведение как глубокую, рабскую зависимость от некоей власти, от непреодолимой вынуждающей силы, ко-

торая обычно воспринимается и переживается как идущая извне, будь то наркотики, сексуальный партнер, пища, деньги, власть, азартные игры. Предметом зависимости может быть любая система или объект, требующие от человека тотального повиновения и получающие его [28]. По мнению американского психоаналитика Эдварда Ханзяна, главная причина всех аддиктивных расстройств – это страдание. Страдания, которые аддикты пытаются облегчить или продлить с помощью наркотиков, отражают базовые трудности в сфере саморегуляции, включающей четыре основных аспекта психологической жизни: чувства, самооценку, человеческие взаимоотношения и заботу о себе [22].

Термин «созависимость» в контексте болезни был впервые предложен в 1989 году на первой американской конференции по созависимости: «созависимость – это устойчивое состояние болезненной зависимости от компульсивных (то есть ставших неуправляемыми) форм поведения и от мнения других людей, формирующееся при попытках человека обрести уверенность в себе, осознать собственную значимость, определить себя как личность». О.А. Шолохова определяет созависимость как болезненное состояние, которое в значительной мере является результатом адаптации к семейной проблеме. Вначале это средство защиты или способ выживания данного человека в неблагоприятных для него семейных обстоятельствах, своеобразная закрепившаяся реакция на стресс наркомании или алкоголизма близкого человека, которая со временем становится образом жизни [15].

В целом ряде исследований созависимость рассматривается как специфический поведенческий паттерн. Э. Ларсен утверждает, что созависимость является набором привычек и моделей поведения, которые мешают в интимных отношениях с другими [23]. С. Н. Зайцев отмечает, что на уровне поведения созависимость проявляется как контроль и забота. Заботясь о другом и контролируя другого, созависимый чувствует себя нужным, востребованным, значимым. Не представляя границ своей личности, он позволяет себе бесцеремонно вмешиваться в жизнь другого человека [3].

Взгляд на созависимость как социально-психологический феномен, формирующийся и проявляющийся в системе взаимоотношений, также достаточно распространен в современных исследованиях. По мнению Е.В. Змановской, под созависимостью понимаются такие взаимоотношения между зависимым членом семьи и родственниками, которые вызывают выраженные травматические изменения в психологическом состоянии последних. Она проявляется как негативные изменения в личности и поведении родственников вследствие зависимого поведения кого-либо из членов семьи [4]. С точки зрения Ц.П. Короленко, взаимоотношения в созависимых семьях выстраиваются таким образом, что аддикт не несет ответственности за свои действия. Все последствия своих поступков зависимый рассматривает с позиции причастности других людей. Автор считает созависимость аддикцией отношений [6].

В 1977 году Джордж Л. Энгель была предложена биопсихосоциальная модель (БПСМ) организации организма. В основе модели лежит идея о том, что болезнь и здоровье являются результатом взаимодействия биологических, психологических и социальных факторов.

К биологическим факторам формирования зависимости относят этнические особенности, возраст, пол, наследственную предрасположенность, особенности генома, специфичность нейрохимических и нейрофизиологических процессов, темперамент. Психологические предпосылки развития зависимости делятся И.В. Семеняк на 5 уровней: когнитивный (ослабление памяти, СДВГ, алекситимия); личностно-характерологический (акцентуация характера, эгоизм, инфантилизм, лживость); эмоционально-волевой (тревожность, агрессивность, апатия); ценностно-смысловой (религиозность, отсутствие социальных интересов) и мотивационный (неспособность проживать стрессовые ситуации, нарушение иерархии мотивов). Социальные факторы систематизированы на 4 уровня: макросоциальный (кризис, безработица, беспризорность); мезосоциальный (асоциальная среда, «мода» на алкоголь и наркотики, конформность); миллисоциаль-

ный (нарушение структуры и функции семьи, плохие жилищные условия); микросоциальный (социальная депривация, отсутствие хобби и других интересов) [12].

БПСМ в отношении созависимости имеет следующие характеристики. Биологическими предпосылками могут выступать свойства нервной системы, такие как межличностная чувствительность, экстравертированность. Психологические компоненты совпадают с вышеописанными компонентами для зависимости. Социально-психологическими характеристиками созависимой личности чаще всего выступают нарушенная коммуникация, детский опыт родительского контроля и насилия, в сочетании с низким уровнем заботы и запущенностью [26].

Таким образом, эволюция представлений о зависимости отражает переход от морально-нормативных интерпретаций к научному пониманию данного феномена как сложного биопсихосоциального процесса. Медицинские и психологические концепции расширили трактовку зависимости, позволив рассматривать её не только как индивидуальное нарушение, но и как результат взаимодействия биологических, личностных и социальных факторов. Такое понимание подчёркивает системный характер зависимого и созависимого поведения и необходимость комплексного подхода к их анализу.

Современная практика помощи при зависимостях опирается на несколько ключевых моделей, каждая из которых предлагает уникальный взгляд на этиологию проблемы и свои методы коррекции. Одной из таких моделей является когнитивно-поведенческая терапия (КПТ), представляющая собой высокоструктурированный, директивный и научно обоснованный подход. Она основана на теориях социального научения Альберта Бандуры и когнитивной модели Аарона Бека. КПТ рассматривает зависимость как результат научения и закрепления неадаптивных мыслей и поведенческих паттернов. В основе подхода лежит функциональный анализ поведения, который позволяет выявить триггеры, мысли, чувства и последствия, поддерживающие аддикцию [18].

Методология КПТ состоит из нескольких этапов.

1. Функциональный анализ поведения, который включает детальный разбор эпизодов употребления. Цель – выявить триггеры, поведение и последствия. Триггеры могут быть внешними, такие как: места, люди, время, а также внутренними: эмоции, мысли, физическое состояние. Поведение включает в себя не только действие, но и мысли и образы, которые предшествуют ему. Последствия бывают немедленными (подкрепление) и отсроченными (негативные последствия).

2. Когнитивная реструктуризация. Данный процесс направлен на работу с дисфункциональными убеждениями, известными как «аддиктивные схемы». Например, утверждение «Алкоголь помогает мне общаться» способствует формированию «аддиктивной идентичности». Когнитивная реструктуризация включает в себя выявление автоматических мыслей, их критическую оценку на предмет достоверности, проведение поведенческих экспериментов и разработку адаптивных когнитивных стратегий [2].

3. Навыковый тренинг, который помогает развить навыки преодоления тяги, решения проблем, отказа и управления эмоциями. Для борьбы с тягой применяются различные техники, умение отвлекаться и когнитивное переформулирование. Развитие навыков решения проблем и отказа. Для регуляции эмоций важно уметь распознавать их, использовать техники релаксации и практики осознанности. Управление непредвиденными ситуациями включает планирование деятельности, не связанной с зависимостью, и изменение окружения.

4. Предотвращение рецидива по модели А. Марлатта. Эта модульная программа направлена на предотвращение возвращения к употреблению. Ее основные элементы – идентификация рискованных ситуаций, разработка планов по их преодолению, изменение восприятия рецидива и развитие сбалансированного, осмысленного образа жизни [14].

Модель «12 шагов», возникшая в 1935 году в рамках Анонимных Алкоголиков (АА), является немедицинской, духовно-ориентированной программой взаимопомощи, направленной на преодоление алкогольной зависимости. Философская основа модели заключается в признании зависимости как хронической,

прогрессирующей и смертельной болезни тела, ума и духа, перед которой индивидуум бессилён. Эта концепция создает когнитивный диссонанс, разрушающий систему отрицания и открывающий возможность для внешней помощи [7].

Первые три шага модели акцентируют внимание на признании бессилия и смирения. Этот процесс не следует интерпретировать как слабость, а как честное осознание того, что собственная воля и интеллект не могут контролировать употребление. Смирение открывает двери для помощи извне, которую можно получить от группы или «Силы, более могущественной, чем мы сами» (например, Бога, природы или вселенной).

Шаги 4–9 фокусируются на нравственной инвентаризации и исправлении. Инвентаризация (Шаг 4) представляет собой беспристрастный учет своих сильных и слабых сторон, обид, страхов и причиненного вреда, что позволяет снизить токсический стыд, являющийся топливом для аддикции, и восстановить социальные связи. Шаги 5–7 направлены на признание ошибок перед другими, готовность к исправлению и прямое возмещение ущерба.

Последние три шага (10–12) акцентируют внимание на самосознании и служении. Практика постоянной инвентаризации и немедленного исправления ошибок интегрирует выздоровление в повседневную жизнь. Духовное пробуждение (Шаг 12) трактуется как переход от эгоцентризма к связанности с другими. Служение (Шаг 12) является ключевым терапевтическим элементом, укрепляющим трезвость, дающим чувство цели, смысла и компетентности [17].

Согласно теории И. Ялома, модель «12 шагов» включает следующие ключевые терапевтические факторы:

- 1) всеобщность: осознание того, что человек не одинок в своей борьбе;
- 2) альтруизм: возможность быть полезным другим;
- 3) корректирующая рекапитуляция первичной семейной группы: группа становится новой, здоровой «семьей»;
- 4) развитие навыков социализации;
- 5) имитационное поведение: спонсор как ролевая модель;
- 6) инстиляция надежды.

Механизм действия модели связывают не с духовностью как таковой, а с изменением социальной сети (заменой аддиктивного окружения на трезвенное) и повышением общего уровня психосоциального функционирования [21].

Биопсихосоциальная модель (БПСМ) является не столько конкретной методикой, сколько фундаментальной философской и методологической рамкой. Она постулирует, что любое заболевание, и особенно психическое расстройство или поведенческая патология (как зависимость), является результатом динамического, нелинейного взаимодействия факторов трех уровней. В контексте аддикций эта модель утверждает, что генетическая предрасположенность реализуется через психологические уязвимости под давлением специфической социальной среды. Далее рассмотрим, на примере химических зависимостей.

Исследования близнецов и усыновлений демонстрируют, что наследственная предрасположенность к зависимостям составляет 40–60%. Однако речь идет не о «гене алкоголизма», а о полигенном риске, включающем систему вознаграждения мозга, систему стресса, а также механизмы торможения и контроля, такие как префронтальная кора, ГАМК и глутамат. Хроническое употребление психоактивных веществ (ПАВ) приводит к нейроадаптациям, известным как аллостатическая нагрузка, что изменяет структуру и функцию мозга, усиливая компульсивность и потерю контроля на поздних стадиях зависимости. Эти данные подтверждаются работами К. Блюма и А. Ле Модаля, а также обзорами Национального института по борьбе со злоупотреблением наркотиками (NIDA).

Фенотипические маркеры также играют важную роль в предрасположенности к зависимостям. К ним относятся низкий уровень дофаминовых D2-рецепторов, высокий уровень импульсивности как черты темперамента и особенности метаболизма этанола, такие как активность алкогольдегидрогеназы. Эти маркеры могут служить ранними индикаторами повышенного риска развития аддиктивного поведения [9].

Психологический компонент опосредует влияние биологии и социума на поведение, формируя индивидуальные особенности, которые могут способствовать или препятствовать развитию зависимости. Личностные и когнитивные

факторы, такие как высокий уровень невротизма, поиск ощущений и избегающий копинг-стиль, играют значительную роль. Низкая самооффективность и наличие сопутствующих расстройств, таких как депрессия, посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) и синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ), также увеличивают риск аддиктивного поведения [16].

Когнитивные искажения, такие как мифы об употреблении, перфекционизм, катастрофизация и поляризованное мышление, усугубляют ситуацию, создавая ложные убеждения и оправдывая употребление ПАВ.

Ранние травмы и особенности привязанности также оказывают значительное влияние на развитие аддиктивного поведения. Нарушения привязанности по Дж. Боулби, такие как тревожная и дезорганизованная привязанность, создают дефицит навыков саморегуляции, что делает человека более уязвимым к стрессам и внешним воздействиям. Адверсивный детский опыт является мощным предиктором развития аддикций, так как он вызывает токсический стресс и дисрегуляцию оси НРА. Исследования подтверждают, что ранние травмы и неблагоприятный детский опыт могут стать пусковыми механизмами для развития зависимостей в будущем.

Социальный контекст играет ключевую роль в запуске, поддержании или остановке аддиктивного процесса. Микроуровень включает дисфункциональную семейную систему, созависимые отношения, травлю и отсутствие поддержки, что создает неблагоприятные условия для развития личности. Мезоуровень охватывает группу сверстников, субкультуру, нормализующую зависимость, и доступность психоактивных веществ. Макроуровень включает социально-экономическое неравенство, безработицу и культурные нарративы, такие как «культ успеха», оправдывающие употребление как способ справиться с нагрузкой. Законодательная политика также играет важную роль в формировании социального контекста, влияя на доступность и легальность ПАВ [27].

Профилактика и коррекция в рамках биопсихосоциальной модели (БПСМ) представляют собой комплексный подход, включающий мультидисциплинарную команду и индивидуальный план лечения (ИПЛ). В основе данной модели

лежит принцип интеграции биологических, психологических и социальных факторов, влияющих на развитие и течение аддиктивных расстройств.

Биологическое вмешательство направлено на детоксикацию организма под медицинским контролем, а также на фармакологическую терапию. В зависимости от типа зависимости используются агонисты и антагонисты опиоидных рецепторов, а также препараты для лечения коморбидных психических расстройств, включая антидепрессанты и нормотимики. Кроме того, применяются методы биологической обратной связи (БОС) и транскраниальная магнитная стимуляция (ТМС), которые способствуют нормализации физиологических процессов и улучшению психоэмоционального состояния [19].

Психологическое вмешательство является ключевым компонентом БПСМ и включает подбор психотерапевтических методов, соответствующих индивидуальному профилю пациента. Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ), диалектико-поведенческая терапия (ДПТ), схема-терапия, терапия, сфокусированная на сострадании – это лишь некоторые из используемых подходов. Психотерапия направлена на изменение когнитивных и поведенческих паттернов, способствующих поддержанию зависимости, а также на развитие навыков саморегуляции и стрессоустойчивости.

Социальное вмешательство играет важную роль в процессе реабилитации и направлено на восстановление социальных связей, профессиональной деятельности и повседневной жизни пациента. Социально-психологическая реабилитация, семейная терапия, трудотерапия, помощь в восстановлении документов и жилья, а также включение в программы по развитию социальных навыков являются неотъемлемыми элементами данного подхода. Важным аспектом является направление пациентов в группы взаимопомощи, такие как «12 шагов», которые предоставляют поддержку и мотивацию на пути к выздоровлению.

Семейно-системный подход к терапии зависимостей кардинально изменяет фокус внимания с индивидуальной патологии на дисфункцию всей семейной системы. В рамках этого подхода зависимость рассматривается не как проблема отдельного человека, а как симптом, выполняющий стабилизирующую функцию

в неустойчивой семейной системе, или как форма коммуникации, выражающая то, что не может быть передано иными способами. Созависимое поведение при этом рассматривается как жестко закрепленная роль, необходимая для поддержания гомеостаза системы. Работа в рамках семейно-системного подхода ведется преимущественно со всей семьей или супружеской парой. Основным инструментом терапевта является анализ структуры семьи, границ между подсистемами, негласных правил и коалиций. Целью терапии является выявление и трансформация дисфункциональных циклов взаимодействия, в которых поведение зависимого и созависимого членов семьи взаимно провоцирует и подкрепляет друг друга. Примерами таких циклов могут служить: обвинения, прощения, срывы и «спасения» [11].

Работа с созависимостью является центральным и неотъемлемым элементом терапии. Вмешательство направлено на осознание семьей этих циклических паттернов поведения, перераспределение ответственности – зависимый отвечает за свое выздоровление, а созависимый – за свою жизнь. Важной задачей является восстановление здоровых личных и межпоколенческих границ, а также развитие прямых и честных способов коммуникации.

Каждая из рассматриваемых моделей обладает уникальным набором сильных и слабых сторон, что определяет сферу их наиболее эффективного применения в практике. Ниже мы рассмотрим, в каких ситуациях каждая из моделей полезна, а когда лучше поменять подход.

Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) характеризуется эмпирической обоснованностью, структурированностью и практической направленностью. Она предоставляет конкретные инструменты для изменения поведения, что способствует повышению его самооэффективности. Эффективность КПТ подтверждена многочисленными исследованиями при различных формах зависимости. Среди ограничений данного подхода можно выделить поверхностность в работе с глубинными, часто неосознаваемыми травматическими переживаниями, которые могут быть коренными причинами аддикции. Кроме того, КПТ требует от клиента достаточной мотивации, интеллектуальных ресурсов и способности к

рефлексии, что может стать препятствием на определенных стадиях заболевания.

Модель «12 шагов» обладает значительными преимуществами в социальной поддержке, доступности и формировании смысловых ориентиров. Бесплатные собрания доступны по всему миру и в любое время, обеспечивая немедленную помощь и ощущение принадлежности к сообществу. Духовный и этический компонент программы способствует личностной трансформации и поиску новых жизненных ориентиров. Однако данная модель имеет и существенные ограничения. Доказательная база модели противоречива из-за анонимности участников и добровольного характера отчетности. Акцент на беспомощности и болезни может негативно влиять на самооценку и мотивацию к изменениям у некоторых людей. Духовный компонент, несмотря на его гибкость, может вызывать отторжение у атеистов или людей с нерелигиозными убеждениями.

Биопсихосоциальная модель выделяется своей интегративностью и научной обоснованностью. Она позволяет разработать персонализированный план помощи, учитывая все аспекты жизни человека, и способствует дестигматизации аддикции, представляя ее как мультифакторное заболевание. Однако основной недостаток данной модели – сложность практической реализации. Для эффективного применения модели требуется высокая координация между специалистами различных профилей (врачами, психологами, социальными работниками), что увеличивает ресурсные затраты и затрудняет внедрение в условиях ограниченного финансирования или дефицита квалифицированных кадров. Кроме того, данная модель, являясь концептуальной рамкой, не предлагает стандартизированных протоколов, что может привести к методологической эклектике в практике.

Системно-семейный подход особенно эффективен в случаях, когда проблема связана с семейными отношениями. Его сильные стороны включают работу с коренными причинами проблемы и использование ресурсов семьи для достижения изменений. Данный подход наиболее глубоко и адекватно работает с феноменом созависимости, изменяя саму структуру семейных взаимодействий.

Ограничения подхода связаны с его зависимостью от готовности семьи к изменениям. При отказе членов семьи от участия в терапии эффективность вмешательства снижается. Процесс терапии может быть эмоционально напряженным и конфликтным, требуя от терапевта высокой профессиональной квалификации. Существует также риск неверного истолкования идей системного подхода как обвинения семьи в болезни ее члена [1].

Анализ показал, что каждая из моделей предлагает собственную теоретическую рамку и практическую стратегию помощи: от структурированной работы с мышлением и поведением до системного изменения межличностных отношений и включения ресурсов социальной поддержки. Особое значение уделяется феномену созависимости, который рассматривается не как второстепенное следствие аддикции, а как устойчивый паттерн взаимодействия, способный поддерживать цикл зависимости. Сопоставление моделей демонстрирует, что эффективная помощь невозможна при опоре на один подход. Зависимое и созависимое поведение имеют многоуровневую природу, требующую сочетания психологических, медицинских и социально-системных вмешательств. Рассмотренные модели в совокупности формируют интегративное представление о коррекции аддиктивных расстройств, где ключевым становится не только снижение симптомов, но и перестройка когнитивных, эмоциональных и семейных механизмов, поддерживающих проблему.

Список литературы

1. Архипова М.В. Системная семейная терапия в рамках программы реабилитации людей, страдающих от химической зависимости: опыт работы в клинике / М.В. Архипова, О.В. Максимова, И.А. Геронимус // Психология и психотерапия семьи. – 2020. – №2. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sistemnaya-semeynaya-terapiya-v-ramkah-programmy-reabilitatsii-lyudey-stradayuschih-ot-himicheskoy-zavisimosti-opyt-raboty-v-klinike> (дата обращения: 09.02.2026). DOI 10.24411/2587-6783-2020-10010. EDN KLQKLZ

2. Ефимкина Н.В. Опыт использования когнитивно-бихевиоральной терапии / Н.В. Ефимкина, И.А. Чеснокова // Вестник Московского университета

МВД России. – 2024. – №1. – С. 242–247. – DOI: 10.24412/2073-0454-2024-1-242-247. EDN HYVBYF

3. Зайцев С.Н. Созависимость: умение любить / С.Н. Зайцев. – Н. Новгород: Зеркало, 2004. – 90 с.

4. Змановская Е.В. Девиантология: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / Е.В. Змановская. – 2-е изд., испр. – М.: Академия, 2004. – 288 с. EDN QXIFQV

5. Короленко Ц.П. Аддиктивное поведение. Общая характеристика и закономерности развития / Ц.П. Короленко // Обозрение психиатрии и медицинской психологии. – 1991. – №1. – С. 8–15.

6. Короленко Ц.П. Идентичность в норме и патологии / Ц.П. Короленко, Н.В. Дмитриева, Е.Н. Загоруйко. – Новосибирск: Изд-во НГПУ, 2000. – 256 с. EDN WERKKV

7. Особенности реализации 12-шаговых программ лечения анонимных алкоголиков и иных программ лечения расстройств, связанных с употреблением алкоголя / О.О. Кравченко, К.Р. Амлаев, В.Н. Мажаров [и др.] // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2024. – Т. 32, спецвып. 1. – С. 625–627. – DOI: 10.32687/0869-866X-2024-32-sl-625-627. EDN QFZLKO

8. Кутбиддинова Р.А. Психология зависимости: учеб.-метод. пособие / Р.А. Кутбиддинова. – Южно-Сахалинск: СахГУ, 2017. – 128 с.

9. Мартынова А.А. Трансгенерационные механизмы трансляции химических зависимостей потомству / А.А. Мартынова // Наука молодых – Eruditio Juvenium. – 2016. – №3. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/transgeneratsionnye-mehanizmy-translyatsii-himicheskikh-zavisimostey-potomstvu> (дата обращения: 09.02.2026). EDN WMHCLF

10. Морогин В.Г. Социально-психологическая история алкоголизации России / В.Г. Морогин, Н.П. Костина // Медицинская психология в России. – 2013. – Т. 5. №5. – С. 14. – DOI: 10.24411/2219-8245-2013-15140. EDN XOTBUD

11. Нашкенова А.М. Актуальные вопросы активной противоалкогольной фармакотерапии / А.М. Нашкенова, О. Малярова // Вестник КазНМУ. – 2015. – №2. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/aktualnye-voprosy-aktivnoy-protivoalkogolnoy-farmakoterapii> (дата обращения: 09.02.2026). EDN YWGHFL
12. Семяняк И.В. Психологические предикторы зависимого поведения / И.В. Семяняк. – 2022. – С. 53–58. – URL: https://www.rudn.ru/storage/media/science_dissertation/7e666a90-5334-405d-a7a4-49c5dc008c07/dissertaciya-semenyjak-iv-2022-g1.pdf (дата обращения: 09.02.2026).
13. Фенько А. Теории аддиктивного поведения / А. Фенько, М.И. Левин. – 2008. – 21 с.
14. Холина О.А. Психотерапевтический потенциал и основные возможности медитативных практик в работе с аддиктивным поведением / О.А. Холина, Е.В. Казанцева, Е.Г. Петрова // Психология и психотехника. – 2019. – №3. – DOI: 10.7256/2454-0722.2019.3.30532. EDN EXDWXT
15. Шорохова О.А. Жизненные ловушки зависимости и созависимости / О.А. Шорохова. – СПб.: Речь, 2002. – 134 с.
16. Щербакова Н.П. Химическая зависимость и суицид / Н.П. Щербакова // Вестник науки и образования. – 2019. – №3–1 (57). – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/himicheskaya-zavisimost-i-suitsid> (дата обращения: 09.02.2026).
17. Alcoholics Anonymous / Alcoholics Anonymous World Services. 4th ed. New York: A.A. World Services, 2001.
18. Cognitive Therapy of Substance Abuse / A.T. Beck, F.D. Wright, C.F. Newman, B.S. Liese. New York: Guilford Press, 1993.
19. Blum K. Handbook of the Alcoholism Treatment Approaches: Effective Alternatives / К. Blum, М. Trachtenberg. 3rd ed. Boston : Allyn and Bacon, 1995. 320 p.
20. Perceived opportunity, alienation, and drinking behavior among Italian and American youth / R. Jessor, H.B. Young, E.B. Young, G. Tesi // Journal of Personality and Social Psychology. 1970. Vol. 15. Pp. 215–222.

21. Determining the relative importance of the mechanisms of behavior change within Alcoholics Anonymous: a multiple mediator analysis / J.F. Kelly, B. Hoepfner, R.L. Stout, M. Pagano // *Addiction*. 2012. Vol. 107. №2. Pp. 289–299.

22. Khantzian E.J. A contemporary psychodynamic approach to drug abuse treatment / E.J. Khantzian // *American Journal of Drug & Alcohol Abuse*. 1986. Vol. 12. №3. Pp. 213–222.

23. Larsen E. *The Second Stage of the Relationship: Love After Overcoming Addiction* / E. Larsen. Moscow, 2003.

24. MacAndrew C. What the MAC scale tells us about men alcoholics / C. MacAndrew // *Journal of Studies on Alcohol*. 1981. Vol. 42. Pp. 604–625.

25. *The Drinking Man* / D.C. McClelland, W.N. Davis, R. Kalin, E. Wanner. New York, 1972.

26. Reyome N.D. Self-reported history of childhood maltreatment and codependency in undergraduate nursing students / N.D. Reyome, K.S. Ward // *Journal of Emotional Abuse*. 2007. Vol. 7. №1. Pp. 37–50.

27. Solomon R.L. An opponent-process theory of motivation. II: Cigarette addiction / R.L. Solomon, J.D. Corbit // *Journal of Abnormal Psychology*. 1973. Vol. 81. Pp. 158–171.

28. Wurmser L. *The Hidden Dimension: Psychodynamics in Compulsive Drug Use* / L. Wurmser. New York, 1978.

29. Zinberg N.E. *Drug, Set, and Setting: The Basis for Controlled Intoxicant Use* / N.E. Zinberg. New Haven : Yale University Press, 1984.