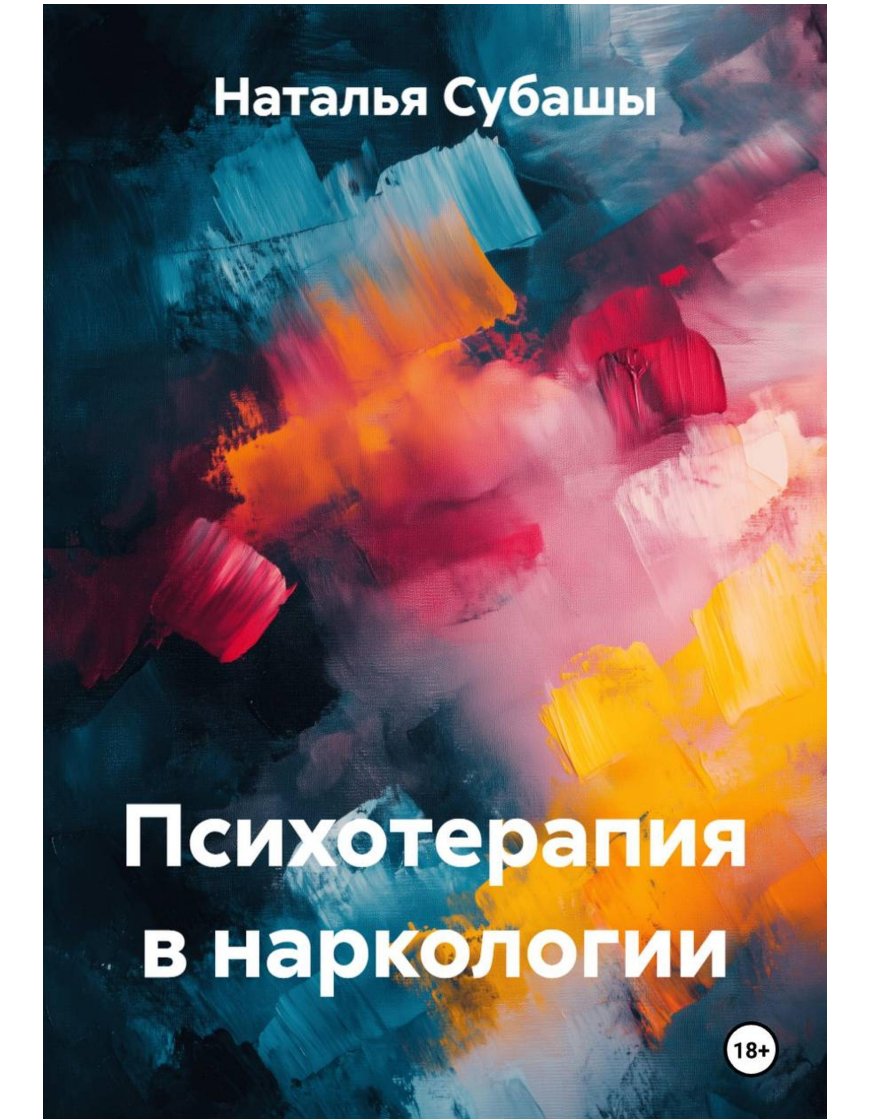




Наталья Субашы

Психотерапия в наркологии

18+

Наталья Субашы

Психотерапия в наркологии

<https://litres.ru/74363167>

SelfPub; 2026

Аннотация

Книга представляет собой комплексное руководство по применению психотерапевтических методов в лечении и реабилитации пациентов с расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ. В издании последовательно раскрываются теоретические основы зависимого поведения, современные диагностические подходы и широкий спектр психотерапевтических техник — от мотивационного интервьюирования и когнитивно-поведенческой терапии до семейной и групповой психотерапии.

Отдельные главы посвящены работе с семьёй пациента, включая преодоление созависимости, психообразование и выстраивание здоровых коммуникативных паттернов, а также оценке эффективности терапии, супервизии и профилактике профессионального выгорания специалистов. В заключительных разделах отражены современные тенденции — интеграция цифровых технологий, персонализированный подход и развитие реабилитационной инфраструктуры.

Содержание

.....	5
Введение	12
Актуальность психотерапии в наркологии: эпидемиологические данные, социальные и медицинские последствия зависимости	12
Эволюция психотерапевтических подходов в лечении зависимостей	16
Цели и задачи книги, целевая аудитория (наркологи, психиатры, психотерапевты, клинические психологи, специалисты реабилитационных центров)	20
Глава 1. Теоретические основы зависимого поведения и наркологической помощи	25
Понятие аддикции: биопсихосоциальная модель зависимости	25
Нейробиологические механизмы формирования зависимости (система вознаграждения, дофаминовая система, нейропластичность)	29
Психологические теории зависимости: психодинамические, когнитивно-поведенческие, мотивационные модели	33
Социокультурные факторы риска и защитные факторы	37

Классификация зависимостей по МКБ-11:	40
основные группы расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ (ПАВ)	
Конец ознакомительного фрагмента.	41

Психотерапия в наркологии



Суть современной наркологической психотерапии: не «вылечить и отпустить», а сопровождать, поддерживать и помогать становиться сильнее с каждым шагом на пути к устойчивой ремиссии.
Наталья Субаши

Содержание

Введение

Актуальность психотерапии в наркологии: эпидемиологические данные, социальные и медицинские последствия зависимости.

Эволюция психотерапевтических подходов в лечении зависимостей.

Цели и задачи книги, целевая аудитория (психиатры-наркологи, психиатры, психотерапевты, клинические психологи, специалисты реабилитационных центров).

Глава 1. Теоретические основы зависимого поведения и наркологической помощи

Понятие аддикции: биопсихосоциальная модель зависи-

мости.

Нейробиологические механизмы формирования зависимости (система вознаграждения, дофаминовая система, нейропластичность).

Психологические теории зависимости: психодинамические, когнитивно-поведенческие, мотивационные модели.

Социокультурные факторы риска и защитные факторы.

Классификация зависимостей по МКБ-11: основные группы расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ (ПАВ).

Глава 2. Феноменология зависимостей: от клинических маркеров к мишеням психотерапии

Основные клинические формы зависимости через призму «мишеней для психотерапии»

Динамика терапевтического фокуса в контексте различных этапов зависимости

Методы клинической и психологической диагностики: шкалы, опросники, структурированные интервью.

Дифференциальная диагностика с другими психическими расстройствами.

Алгоритм действий при подозрении на коморбидность

Глава 3. Принципы и организация психотерапевтической помощи в наркологии

Базовые принципы психотерапии в наркологии: добровольность, индивидуализация, комплексность, этапность,

преимущество.

Модели оказания помощи: амбулаторная, стационарная, реабилитационная, постреабилитационная поддержка.

Мультидисциплинарная команда: роли врача-нарколога, психотерапевта, клинического психолога, социального работника.

Создание терапевтической среды и формирование терапевтического альянса.

Этические и правовые аспекты работы с пациентами с зависимостью.

Глава 4. Основные психотерапевтические подходы и методы

Мотивационное интервьюирование: техники повышения мотивации к лечению, работа с амбивалентностью.

Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ): выявление и коррекция дисфункциональных убеждений, обучение навыкам совладания, профилактика срывов.

Диалектическая поведенческая терапия (ДПТ): применение при коморбидных расстройствах личности и эмоциональной дисрегуляции.

Психодинамические подходы: работа с глубинными конфликтами, ранними травмами, защитными механизмами.

Семейная терапия: модели системной семейной терапии, работа с созависимостью, программы для родственников.

Групповая психотерапия: терапевтические группы, группы взаимопомощи (в т. ч. «Анонимные Наркоманы», «Ано-

нимные Алкоголики»).

Телесно-ориентированные и арт-терапевтические методы как вспомогательные техники.

Глава 5. Психотерапия на разных этапах лечения и реабилитации

Этап детоксикации и купирования абстинентного синдрома: психологическая поддержка, снижение тревоги, формирование установки на лечение.

Основной этап терапии: углублённая проработка проблем, формирование навыков трезвого образа жизни.

Реабилитационный этап: социальная адаптация, профессиональная реинтеграция, развитие копинг-стратегий.

Постреабилитационный этап и профилактика рецидивов: долгосрочное сопровождение, работа с триггерами, планирование действий в кризисных ситуациях.

Глава 6. Особенности психотерапии при различных видах зависимости

Алкогольная зависимость: специфика мотивации, работа с анозогнозией, семейные аспекты.

Опиоидная зависимость: сочетание медикаментозной терапии и психотерапии, работа с травматическим опытом.

Зависимость от стимуляторов: коррекция когнитивных искажений, импульсивности, эмоциональной лабильности.

Каннабиноидная зависимость: преодоление апато-абулического синдрома, восстановление мотивации.

Полисубстантное употребление: комплексный подход, приоритизация проблем.

Глава 7. Коморбидные психические расстройства и их психотерапевтическое сопровождение

Депрессивные и тревожные расстройства у пациентов с зависимостью: дифференциальная диагностика, последовательность и сочетание вмешательств.

Расстройства личности: особенности терапевтического контакта, выбор методов.

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) и зависимость: принципы параллельной терапии.

Биполярное аффективное расстройство и употребление ПАВ: стабилизация настроения и психообразование.

Глава 8. Работа с семьёй и социальным окружением пациента

Диагностика семейной системы: выявление паттернов зависимости, дисфункциональных ролей.

Программы для родственников: психообразование, группы поддержки, тренинги коммуникации.

Профилактика семейного насилия и деструктивных сценариев взаимодействия.

Вовлечение значимых других в процесс реабилитации: стратегии и границы.

Глава 9. Оценка эффективности психотерапевтических вмешательств и супервизия

Критерии эффективности психотерапии в наркологии: устойчивая ремиссия, качество жизни, социальная адаптация.

Инструменты мониторинга динамики: шкалы тяжести зависимости, анкеты качества жизни, дневники самонаблюдения.

Анализ случаев срывов: выявление причин, коррекция терапевтического плана.

Супервизия и профессиональное выгорание специалистов: методы профилактики и поддержки.

Глава 10. Современные тенденции и перспективы развития психотерапии в наркологии

Интеграция цифровых технологий: онлайн-консультирование, мобильные приложения для самопомощи.

Персонализированная медицина и выбор психотерапевтического метода на основе индивидуальных характеристик пациента.

Междисциплинарные исследования и доказательная база психотерапевтических методов.

Развитие реабилитационной инфраструктуры и межведомственного взаимодействия.

Заключение

Обобщение ключевых принципов и подходов психотера-

пии в наркологии.

Важность комплексного, долгосрочного и мультидисциплинарного подхода к лечению зависимости.

Направления дальнейшего развития профессиональной практики и научных исследований.

Приложения

Глоссарий основных терминов.

Список рекомендуемой литературы и источников.

Примеры терапевтических протоколов и рабочих форм (анкеты, планы сессий, чек-листы).

Перечень ресурсов для специалистов и пациентов (горячие линии, группы поддержки, образовательные платформы).

Введение

Актуальность психотерапии в наркологии: эпидемиологические данные, социальные и медицинские последствия зависимости

Эпидемиологические данные

Актуальность проблемы сохраняется, несмотря на отдельные положительные тенденции. По оценкам Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ (ПАВ), занимают одно из лидирующих мест среди причин преждевременной смертности и инвалидизации в глобальном масштабе. В Российской Федерации структура заболеваемости демонстрирует относительную стабильность: подавляющее большинство случаев (около 76–77%) приходится на расстройства, ассоциированные с алкоголем, тогда как оставшиеся 23–24% связаны с употреблением наркотических веществ; доля расстройств, вызванных ненаркотическими ПАВ, незначительна. Однако динамика распространения данной патологии носит неоднородный характер: в отдельных регионах отмеча-

ется снижение первичной заболеваемости, в то время как в других наблюдается её рост, включая когорту подростков. Особого внимания заслуживает тенденция к полинаркомании — комбинированному употреблению нескольких видов ПАВ, что существенно усложняет процессы диагностики и терапевтической коррекции. Кроме того, увеличивается доля коморбидных психических расстройств (включая расстройства личности, аффективные нарушения и шизофренический спектр) у пациентов с зависимостями, что требует комплексного подхода к лечению.

Социальные последствия

Зависимость оказывает деструктивное влияние на жизнь индивида и его социальное окружение, создавая значительную нагрузку на общество в целом.

Деструкция социальных связей. Наблюдаются конфликты в семье, утрата доверия, разводы и социальная изоляция, что приводит к ухудшению качества жизни как самого зависимого, так и его близких.

Утрата трудоспособности. Зависимость вызывает потерю профессиональных навыков, снижение мотивации и, как следствие, безработицу, финансовую зависимость от окружающих или вовлечение в криминальную деятельность для обеспечения средств на ПАВ.

Рост уровня преступности. Для финансирования своей зависимости индивиды нередко прибегают к противоправным действиям, таким как кражи и мошенничество, что при-

водит к увеличению уровня преступности в обществе.

Влияние на ближайшее окружение. Особенно уязвимыми являются дети, которые подвергаются эмоциональному пренебрежению и насилию, что формирует риск повторения подобных паттернов в их будущем.

Экономический ущерб. Общество несёт значительные потери вследствие снижения производительности труда, увеличения затрат на здравоохранение (лечение сопутствующих заболеваний, реабилитация) и расходов на правоохранительную деятельность.

Медицинские последствия

Хроническое употребление психоактивных веществ приводит к развитию тяжёлых осложнений, затрагивающих различные системы организма.

Соматические заболевания. Наблюдается токсическое поражение печени (гепатиты, цирроз), сердечно-сосудистые патологии (кардиомиопатии, аритмии, повышенный риск инфаркта), заболевания почек, периферическая нейропатия и энцефалопатия.

Инфекционные риски. При инъекционном употреблении ПАВ с несоблюдением асептических правил значительно возрастает риск заражения ВИЧ-инфекцией, вирусными гепатитами В и С, а также септицемиями.

Психические и неврологические нарушения. Формируются интеллектуально-мнестические расстройства и психоорганический синдром. Возможны острые психозы (бред,

галлюцинации), которые в ряде случаев могут трансформироваться в хронические психические расстройства, такие как шизофрения или биполярное аффективное расстройство.

Повышенный риск аутоагрессии. Суицидальный риск среди лиц с зависимостью значительно превышает показатели общей популяции.

Преждевременная смертность. Среди основных причин — передозировки, несчастные случаи в состоянии опьянения, насилие и прогрессирующие соматические заболевания.

Значение психотерапии

В свете вышеизложенного психотерапевтическая помощь приобретает критическую значимость. Она направлена не только на работу с самой зависимостью (формирование мотивации, коррекция дисфункциональных мыслей и поведения, профилактика срывов), но и на решение сопутствующих задач. Это включает помощь в восстановлении социальных связей, работу с коморбидными психическими расстройствами, преодоление созависимости у близких, а также обучение навыкам совладания со стрессом и триггерами. Отсутствие психотерапевтического компонента в лечении часто приводит к его неполноте, поскольку не затрагивает глубинные психологические механизмы, поддерживающие зависимость, и не способствует адаптации пациента после медицинского этапа.

Эволюция психотерапевтических подходов в лечении зависимостей

Эволюция психотерапевтических подходов в лечении зависимостей представляет собой многомерный процесс, характеризующийся переходом от упрощённых симптоматических решений к комплексным, индивидуализированным и мультидисциплинарным стратегиям.

Ранние методы и суггестивные техники

На начальных этапах развития психотерапии для лечения зависимостей активно использовались гипноз и методы суггестии. В России значительный вклад внёс В. М. Бехтерев, разработавший методы внушения, включая коллективную гипнотерапию для алкоголиков. Впоследствии были разработаны условно-рефлекторные подходы, такие как выработка аверсивной реакции на алкоголь. Однако эти методы фокусировались на симптомах, не учитывая глубинные психологические причины, что приводило к нестабильным результатам.

Психоаналитический подход

В начале XX века Зигмунд Фрейд и его последователи предложили рассматривать аддикцию как симптом, обусловленный бессознательными конфликтами, нереализованными потребностями или травмами раннего детства. Задача те-

рапии заключалась в осознании этих конфликтов, что должно было лишить их деструктивной силы. Однако длительный и пассивный характер психоанализа часто приводил к срыву пациентов и прекращению лечения.

Переход к сообществу и практическим моделям

Важным этапом стало создание в 1935 году «Анонимных Алкоголиков» Биллом Уилсоном и доктором Бобом Смитом. Программа «12 шагов», хотя и не являлась классической психотерапией, заложила принцип групповой поддержки как мощного терапевтического фактора. В 1970-1980-х годах на этой основе возникли стационарные реабилитационные центры, такие как модель Миннесоты, объединившие программу шагов с психообразованием и семейной терапией, что представляло собой первый полноценный биопсихосоциальный подход. Параллельно развивались гуманистические и экзистенциальные концепции, акцентирующие внимание на безусловном принятии, эмпатии и поиске смысла.

Когнитивно-поведенческий поворот (1960-1980-е годы)

На смену длительному психоаналитическому подходу пришла когнитивно-поведенческая терапия (КПТ), основанная на эмпирических данных. Альберт Эллис и Аарон Бек показали, что зависимость часто поддерживается иррациональными убеждениями, такими как «Я не переживу стресса без дозы». Терапия направлена на выявление и коррекцию этих убеждений, обучение навыкам совладания со стрессом

и предотвращение срывов. Алан Марлатт сместил фокус с «лечения болезни» на управление срывами, подчеркнув, что срыв часто является дефицитом навыков совладания в высокорискованных ситуациях. Также получила развитие терапия подкрепления сообществом (CRA), направленная на создание окружения, более «вознаграждающего», чем употребление веществ. КПТ стала «золотым стандартом» благодаря своей структурированности, краткосрочности и доказанной эффективности.

Интеграция травмы и новые синтезы (1990-2000-е годы)

К концу XX века стало очевидно, что значительная часть пациентов с тяжёлыми формами зависимости имеют в анамнезе психологическую травму (насилие, посттравматическое стрессовое расстройство). Это привело к развитию травма-информированных подходов. Параллельно возродился интерес к психоанализу в новой форме, такой как модель объектных отношений или селф-психология Хайнца Кохута, где аддикция рассматривалась как компенсация дефицита самости, а терапия фокусировалась на восстановлении способности к саморегуляции. Появились интегративные модели, такие как «Матричная модель» Теренса Горски, объединяющие КПТ, семейную терапию, психообразование и элементы программы «12 шагов».

Современные тенденции

Сегодня акцент делается на интеграцию данных нейрона-

уки, таких как понимание нейропластичности и роли системы вознаграждения, в психотерапевтические модели. Развивается персонализированный подход, учитывающий индивидуальные особенности пациента, его триггеры и ресурсы. Активно внедряются цифровые технологии, такие как онлайн-программы и приложения для самоконтроля. Сохраняется тенденция к комплексности: мультидисциплинарные команды (нарколог, психотерапевт, клинический психолог, социальный работник) работают слаженно, а семейная психотерапия остаётся важным инструментом для коррекции созависимости и создания поддерживающей среды.

Цели и задачи книги, целевая аудитория (наркологи, психиатры, психотерапевты, клинические психологи, специалисты реабилитационных центров)

Цели книги

Сформировать целостное научно-практическое представление о психотерапии в наркологии на базе биопсихосоциальной модели и современных классификаций (МКБ11), объединив медицинские, психологические и социальные аспекты работы с зависимостью.

Обеспечить специалистов практико-ориентированными инструментами: протоколами, алгоритмами, рабочими формами и техниками, которые можно применять на разных этапах лечения — от мотивации до профилактики рецидивов.

Показать логику выбора психотерапевтических методов в зависимости от вида зависимости, стадии заболевания, коморбидных состояний и индивидуальных особенностей пациента.

Способствовать междисциплинарной интеграции: помочь врачам, психологам и социальным специалистам го-

ворить на одном профессиональном языке и выстраивать согласованную работу в составе мультидисциплинарной команды.

Опираясь на доказательную базу, разделить эффективные подходы от недостаточно обоснованных и дать читателю критерии оценки методов по уровню доказанности и применимости в реальной практике.

Задачи книги

Раскрыть теоретические основы зависимого поведения: нейробиологические механизмы, психологические модели и социокультурные факторы, чтобы специалист понимал, на чём строятся современные вмешательства.

Систематизировать диагностические подходы : описать критерии МКБ11, шкалы и опросники, структурированные интервью и принципы дифференциальной диагностики, включая коморбидные психические расстройства.

Представить спектр психотерапевтических методов(мотивационное интервьюирование, КПТ, ДПТ, семейная и групповая терапия и др.) с указанием показаний, противопоказаний, этапов применения и типичных ошибок.

Дать пошаговые алгоритмы работы на каждом этапе лечения: детоксикация, основной этап терапии, реабилитация, постреабилитационное сопровождение — с акцентом на формирование навыков трезвости и профилактику срывов.

Рассмотреть специфику работы при разных ви-

дах зависимости (алкогольная, опиоидная, стимуляторная, каннабиноидная, полисубстантное употребление) и при коморбидности (ПТСР, депрессия, расстройства личности).

Включить методики работы с семьёй и окружением: психообразование, преодоление созависимости, стратегии вовлечения значимых близких без усиления конфликтов.

Обозначить критерии и инструменты оценки эффективности терапии: устойчивая ремиссия, качество жизни, социальная адаптация, а также способы анализа срывов и коррекции плана лечения.

Отразить современные тенденции: цифровые инструменты, персонализированные подходы, развитие реабилитационной инфраструктуры и межведомственное взаимодействие.

Предоставить прикладные материалы в приложениях (протоколы, анкеты, чеклисты, глоссарий, список литературы и ресурсов) для быстрого внедрения в практику.

Целевая аудитория

Книга рассчитана на широкий круг специалистов, участвующих в оказании помощи людям с зависимостью:

Психиатры-наркологи и психиатры — для интеграции психотерапевтических методов в комплексное лечение, грамотного выбора тактики в зависимости от клинической картины, коморбидности и этапа терапии, а также для эффективного взаимодействия с психологами и социальными

работниками.

Психотерапевты и клинические психологи — для освоения специфики работы с зависимостями, понимания медицинских аспектов, критериев диагностики по МКБ11 и адаптации методов под задачи наркологического профиля (работа с анозогнозией, мотивацией, триггерами, срывами).

Специалисты реабилитационных центров (психологи, консультанты, социальные работники) — для стандартизации подходов, использования единых протоколов и рабочих форм, выстраивания преемственности между этапами реабилитации и постреабилитационной поддержки.

Преподаватели и научные сотрудники, разрабатывающие учебные программы и методические материалы по аддиктологии и психотерапии, — для формирования содержательной базы курсов, семинаров и тренингов, а также для опоры на доказательные данные и современные классификации.

Ординаторы и студенты старших курсов медицинских и психологических факультетов — для получения системного представления о психотерапии в наркологии, понимания междисциплинарных связей и освоения базовых техник, применимых в будущей практике.

Таким образом, книга выполняет одновременно справочную, обучающую и методическую функцию: даёт теоретическую базу, практические алгоритмы и инструменты для их внедрения, ориентированные на реальные условия работы в

российских медицинских и реабилитационных учреждениях.

Глава 1. Теоретические основы зависимого поведения и наркологической помощи

Понятие аддикции: биопсихосоциальная модель зависимости

Аддикция(зависимость) — это непреодолимая тяга к определённым действиям или веществам, которая со временем приводит к утрате контроля. Человек продолжает заниматься этим, даже если это наносит ущерб его здоровью, отношениям и другим важным аспектам жизни. Стоит отметить, что термин «аддикция» сегодня используется не только в отношении веществ (например, алкоголя или наркотиков), но и в контексте поведенческих зависимостей, таких как игромания, шопоголизм или интернет-зависимость.

Чтобы понять, почему у одних людей возникает зависимость, а у других — нет, специалисты опираются на **биопсихосоциальную модель**. Её суть заключается в том, что развитие зависимости — это результат взаимодействия трёх групп факторов. Я кратко рассмотрю каждый из них.

Биологические факторы. К ним относятся генетическая предрасположенность, которая, по данным исследований, может объяснять от 40 до 60% риска возникновения некоторых зависимостей. Важную роль играют также нейрохимические механизмы, такие как работа дофаминовой системы вознаграждения. Постоянная стимуляция (употребление вещества или компульсивное поведение) изменяет чувствительность мозга: естественные источники радости становятся менее привлекательными, и человек всё больше тянется к объекту зависимости. Со временем развиваются нейроадаптации, такие как толерантность (необходимость всё большего количества вещества для достижения того же эффекта) и синдром отмены. Ещё один значимый аспект — эндокринные нарушения, например, нарушения в работе системы, отвечающей за стрессовые реакции.

Психологические факторы. Здесь речь идёт о личных особенностях. К факторам риска относятся такие черты характера, как импульсивность, стремление к новизне, низкая толерантность к фрустрации и алекситимия (трудности в осознании и выражении эмоций). Когнитивные искажения, такие как иллюзия контроля («я смогу остановиться в любой момент») или минимизация негативных последствий, также играют важную роль. Часто человек использует вещество или определённое поведение как способ «сбежать» от тревоги, депрессии, гнева или скуки (так называемое самолечение). Психологические травмы, особенно детские, также яв-

ляются значимым фактором риска. По мере развития зависимости меняется мотивация: сначала это стремление к эйфории (позитивное подкрепление), а затем — желание снять уже возникший дискомфорт или абстиненцию (негативное подкрепление).

Социальные факторы. Влияние окружающей среды может быть различным. На микроуровне это включает стиль воспитания в семье, наличие зависимостей у близких, семейные конфликты и низкий социально-экономический статус. На макроуровне — культурные нормы, отношение общества к определённым веществам или видам поведения, их легальность и доступность. Неблагоприятные жизненные события, такие как потеря работы, развод или смерть близкого человека, также могут стать триггером.

Ключевая идея биопсихосоциальной модели заключается в том, что эти факторы действуют не изолированно, а взаимно усиливают друг друга. Например, генетическая предрасположенность может сделать человека более уязвимым к стрессу (психологический фактор), а стрессовая ситуация в неблагополучной семье (социальный фактор) может стать тем спусковым крючком, который запустит аддиктивное поведение.

Почему эта модель важна на практике? Она подчёркивает необходимость комплексного подхода к лечению. Нельзя ограничиться только детоксикацией (биологический уровень) или только психотерапией (психологический уро-

вень). Эффективная помощь обычно включает:

медикаментозную поддержку (работа с биологическим компонентом);

психотерапию (например, когнитивно-поведенческую терапию, мотивационное интервьюирование и другие методы для работы с мыслями, эмоциями и навыками совладания);

социальную реабилитацию (помощь в восстановлении отношений, трудоустройстве и включении в группы поддержки).

Конечно, у этой модели есть и критики, которые указывают на её обобщённость или сложность эмпирической проверки в отдельных случаях. Однако в целом биопсихосоциальный подход считается наиболее адекватным для понимания особенностей зависимостей и построения мультидисциплинарной помощи.

Нейробиологические механизмы формирования зависимости (система вознаграждения, дофаминовая система, нейропластичность)

Формирование зависимости можно сравнить с перепрограммированием мозга. В этом процессе ключевую роль играют три взаимосвязанных механизма: работа системы вознаграждения, изменения в дофаминовой системе и нейропластичность. Рассмотрим каждый из них подробнее.

Система вознаграждения

В норме система вознаграждения помогает нам ориентироваться в мире. Она активируется, когда мы получаем что-то важное для нашего выживания и благополучия: вкусную еду, воду, сексуальное удовлетворение, социальное взаимодействие или достижение целей. Дофамин действует как сигнал, побуждая нас повторять приятные действия: «Это хорошо! Запомни и продолжай!»

Однако, когда в игру вступают психоактивные вещества или такие формы поведения, как азартные игры или бесконечный скроллинг, они вызывают **искусственный и мощный выброс дофамина**, который значительно превышает

ет уровень, возникающий при естественных стимулах. Мозг фиксирует этот опыт: формируется связь между действием (или веществом) и сильным выбросом дофамина, что приводит к ощущению удовольствия. Со временем система начинает реагировать на ожидание вещества или триггера (определённое место, время или эмоциональное состояние) вместо реальных достижений. В результате естественные источники радости теряют свою привлекательность, и человек может столкнуться с **ангедонией**— неспособностью испытывать удовольствие от того, что ранее приносило радость.

Дофаминовая система

Дофамин — это нейромедиатор, играющий важную роль в мотивации, целеполагании и обучении. При регулярном воздействии аддитивных веществ происходят адаптивные изменения в дофаминовой системе:

Снижение чувствительности дофаминовых рецепторов. Мозг пытается защититься от постоянной гиперстимуляции, уменьшая количество рецепторов или делая их менее восприимчивыми. Это приводит к тому, что для достижения того же уровня удовольствия или нормального самочувствия требуется всё больше вещества или стимула, что является механизмом формирования толерантности.

Снижение естественной выработки дофамина. Поскольку мозг получает дофамин в избытке из внешних источников, его естественный синтез может подавляться.

В результате формируется порочный круг: вещество пе-

рестаёт приносить удовольствие и становится средством избегания дискомфорта, вызванного симптомами отмены.

Нейропластичность

Нейропластичность — фундаментальное свойство мозга, позволяющее ему изменяться под воздействием опыта, перестраивать нейронные связи и формировать новые. В контексте зависимости это свойство проявляется двояко:

Патологическая перестройка. Каждый эпизод употребления с мощным выбросом дофамина действует как сверхсильный стимул. Мозг «запоминает» не только саму зависимость, но и контекст, в котором она возникает (триггеры). Повторение этих эпизодов приводит к формированию устойчивых нейронных цепей, связывающих триггеры с мыслями о веществе и компульсивными действиями по его поиску. Эти пути становятся доминирующими, вытесняя более адаптивные формы поведения.

Возможность выздоровления. Когда поступление аддиктивного агента прекращается, запускаются процессы восстановления. Постепенно восстанавливается чувствительность дофаминовых рецепторов, возобновляется естественный синтез нейромедиаторов, ослабевают нейронные связи, связанные с компульсивным влечением, и формируются новые, более здоровые нейронные пути. Скорость и полнота этого процесса зависят от множества факторов, включая длительность и тяжесть зависимости, наличие сопутствующих заболеваний и образ жизни (физическая ак-

тивность, когнитивные тренировки).

Важные дополнения

В процесс формирования зависимости часто вовлекаются и другие системы мозга. Например, **префронтальная кора**, отвечающая за самоконтроль, оценку рисков и принятие решений, под хроническим воздействием может ослабевать, что снижает способность подавлять импульсивные желания. Также в игру вступают системы стресса, такие как миндалевидное тело. Когда вещество недоступно, возникает мощная негативная реакция (абстиненция), что ещё сильнее подпитывает зависимость.

Понимание этих механизмов не только объясняет, почему формируется зависимость, но и помогает разработать эффективные стратегии помощи. Они включают медикаментозную поддержку для нормализации биохимического баланса, психотерапию для перестройки когнитивных паттернов и обучения управлению триггерами, а также немедикаментозные методы, такие как физическая активность и когнитивные тренировки, которые стимулируют адаптивную нейропластичность.

Психологические теории зависимости: психодинамические, когнитивно-поведенческие, мотивационные модели

Психодинамические модели

В центре внимания этих теорий — **бессознательные процессы**, внутренние конфликты и ранний опыт. Опираясь на идеи психоанализа (З. Фрейд), они ищут корни зависимости в глубоких психических противоречиях.

Неудовлетворённые потребности. Если человек не может удовлетворить свои потребности (в безопасности, близости, признании) здоровым способом, он может искать замену — например, в виде веществ или определённых действий.

Слабость Эго. Если Эго (способность оценивать реальность, контролировать импульсы и выстраивать защитные механизмы) недостаточно развито, человеку труднее противостоять влиянию влечений и внешних обстоятельств.

Символический закон (Ж. Лакан). В некоторых психоаналитических подходах акцент смещается на то, что зависимость может возникать из-за попыток заменить отсутствующие символические связи с окружающими через объ-

ект зависимости.

Современные теории. Современные психодинамические модели часто включают идеи теории привязанности. Ненадёжный тип привязанности в детстве может увеличивать уязвимость к зависимостям, так как затрудняет развитие навыков преодоления стресса.

Когнитивно-поведенческие модели

Этот подход фокусируется на **мыслях, убеждениях и поведенческих паттернах**, которые поддерживают зависимость.

Дисфункциональные убеждения и автоматические мысли. У человека формируются устойчивые искажённые представления (например, «интернет — единственный способ справиться со скукой», «я не смогу быть счастлив без этого»). В стрессовых ситуациях такие мысли активируются и вызывают аддиктивное поведение.

Когнитивные искажения. Люди с зависимостями часто прибегают к рационализациям (например, «это нужно для работы») или преуменьшают негативные последствия.

Цикл подкрепления. С точки зрения бихевиоризма, поведение закрепляется через подкрепления: положительные (удовольствие, снижение тревоги) или отрицательные (избегание дискомфорта, симптомов отмены). Повторение этого цикла формирует устойчивый шаблон.

Цель терапии. В рамках этого подхода терапия направлена на выявление и изменение таких мыслей и убежде-

ний. Это достигается через когнитивную реструктуризацию и обучение новым, более адаптивным способам поведения.

Мотивационные модели

Эти теории сосредоточены на **потребностях и целях**, которые движут человеком, когда он обращается к объекту зависимости.

Удовлетворение базовых потребностей. Согласно теории самодетерминации Э. Деси и Р. Райана, выделяют три базовые потребности: автономия (чувство контроля над своими решениями), компетентность (ощущение эффективности) и связанность (чувство связи с другими). При зависимостях эти потребности могут удовлетворяться нездоровыми способами.

Разные мотивы употребления. Люди могут обращаться к зависимости по разным причинам: для снятия напряжения («успокаивающая модель»), облегчения общения («коммуникативная модель»), получения новых впечатлений («активирующая» или «гедонистическая» модель), достижения признания в группе («конформная модель») или компенсации чувства неполноценности («компенсаторная модель»).

Мотивационная деформация. При длительной зависимости формируется «наркотическая доминанта», когда потребление вещества или определённое поведение становятся центральными, подчиняя себе остальные жизненные цели и интересы.

Работа с мотивацией. На практике используются методы, такие как мотивационное интервьюирование. Специалист помогает клиенту осознать противоречия между его глубинными ценностями и последствиями зависимости, что усиливает внутреннюю мотивацию к изменениям. Также применяется транстеоретическая модель изменений (Прохазка и ДиКлементе), описывающая стадии готовности человека к переменам.

Как эти подходы сочетаются?

На практике часто применяется комплексный подход. Например, в когнитивно-поведенческой терапии могут учитываться как психодинамические корни (ранний опыт, защитные механизмы), так и мотивационные аспекты (какие потребности пытается удовлетворить человек). Понимание различных аспектов зависимости помогает разработать более эффективную стратегию помощи.

Социокультурные факторы риска и защитные факторы

Социокультурные факторы риска

Эти условия и нормы делают человека более уязвимым:

Благоприятствующие социальные нормы. Если в обществе или определённой субкультуре употребление алкоголя, табака или определённые поведенческие модели, такие как игровая зависимость, романтизируются, считаются нормой или способом решения проблем, это повышает риск. Например, традиция «выпить за компанию» или представления в медиа, где успешный человек связан с азартными играми.

Влияние ближайшего окружения. Если в семье или среди друзей есть люди с зависимостями, это увеличивает риск: человек перенимает их модели поведения, а давление группы может подталкивать к рискованным поступкам.

Социальное неблагополучие и маргинализация. Бедность, отсутствие возможностей для социальной мобильности, дискриминация и чувство отчуждённости от общества создают хронический стресс, который люди часто пытаются «заглушить» с помощью зависимости.

Доступность объектов зависимости. Лёгкий доступ к веществам, игровым автоматам или определённым онлайн-ресурсам напрямую повышает вероятность вовлече-

ния.

Информационное влияние. Агрессивный маркетинг, пропаганда в социальных сетях и создание ложных мифов, например, о «безопасных» альтернативах, снижают восприятие рисков.

Ослабление социальных связей. Если у человека слабо развиты связи с важными социальными институтами, такими как школа, работа или клубы по интересам, у него меньше «опор», которые могли бы сдерживать спонтанные действия.

Социокультурные защитные факторы

Эти факторы, напротив, повышают устойчивость:

Позитивные культурные и семейные традиции. Устоявшиеся нормы в обществе или семье, которые ценят здоровый образ жизни, самоконтроль и осмысленный досуг. Например, традиции совместных семейных занятий, включающих творчество и общение.

Сильная социальная поддержка. Наличие надёжного круга близких, сообществ или групп по интересам, где человек может получить понимание и помощь. Это помогает справляться со стрессом без деструктивных способов.

Информированность. Знания о реальных рисках, механизмах формирования зависимости и способах борьбы со стрессом снижают уязвимость.

Просоциальная активность. Участие в конструктивной деятельности, такой как спорт, волонтерство или твор-

ческие проекты, наполняет жизнь смыслом и предоставляет здоровую альтернативу.

Эффективные социальные институты. Хорошо функционирующие школы, системы психологической помощи и профилактические программы в сообществе создают дополнительные барьеры для вовлечения в зависимость.

Культурная интеграция и чувство принадлежности. Когда человек ощущает, что его ценности и цели поддерживаются окружением, у него меньше желания искать «спасение» в деструктивных практиках.

Важное уточнение

Обычно дело не в одном факторе, а в их сочетании. Например, даже при наличии защитных условий, таких как поддерживающая семья или интересные хобби, человек может попасть в рисковую ситуацию, например, в компанию, где поощряется употребление веществ, и тогда риск резко возрастает. И наоборот: если человек находится в уязвимой среде, например, в маргинализированном сообществе, но имеет сильные локальные сети взаимопомощи, это может стать мощным защитным ресурсом.

Поэтому в профилактике и помощи часто работают сразу по нескольким направлениям: снижают влияние рисков и активно развивают защитные ресурсы как на уровне личности, так и в сообществе.

Классификация зависимостей по МКБ-11: основные группы расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ (ПАВ)

В Международной классификации болезней 11-го пересмотра (МКБ-11) расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ (ПАВ) и аддиктивным поведением, представлены в блоке 6С4. В рамках данного блока рассматриваются не только з

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «Литрес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на Литрес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.