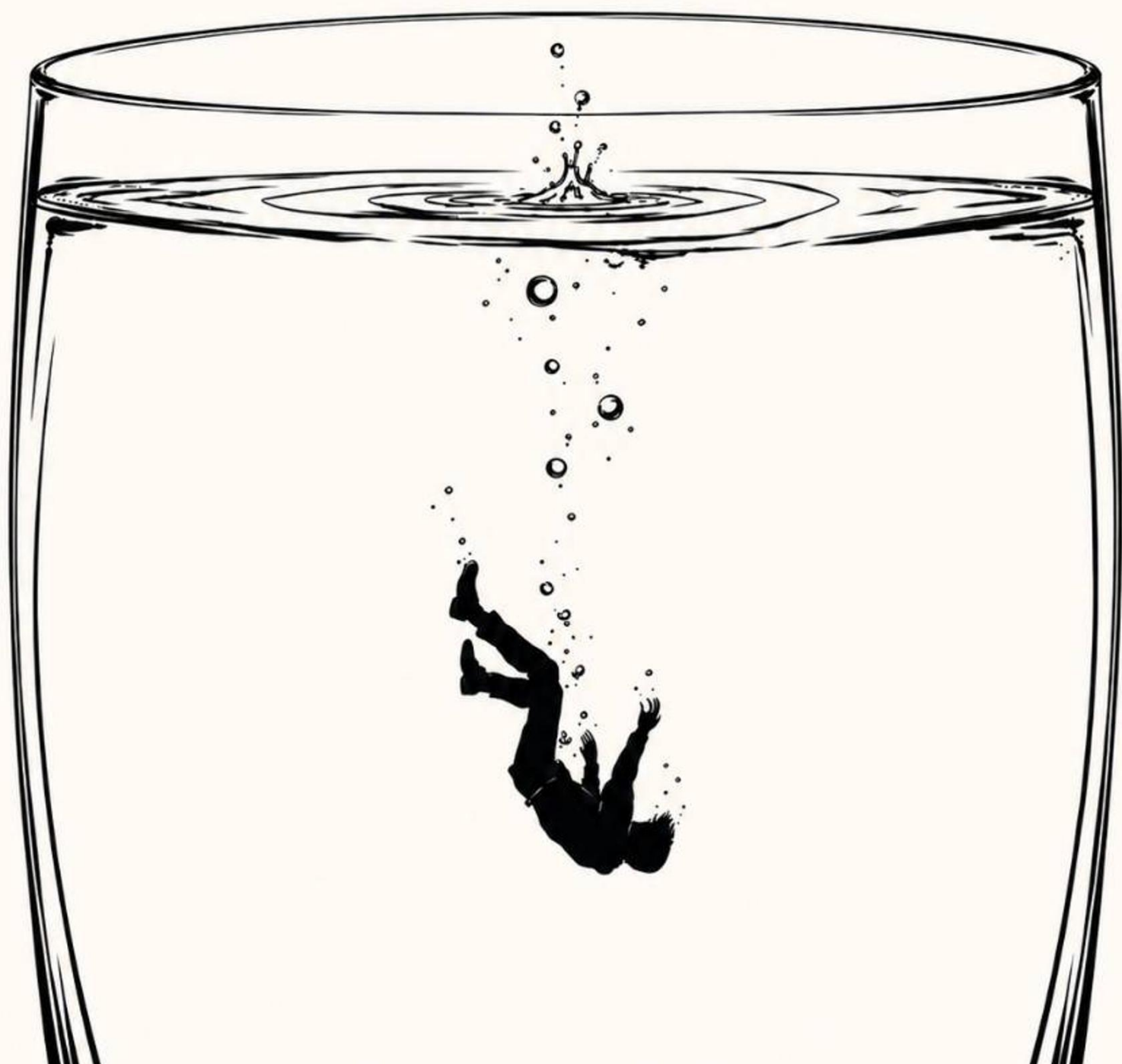


СЕРГЕЙ КАЛУЦКИЙ

КАК БРОСИТЬ ПИТЬ

ПОЧЕМУ РАЗНЫЕ МЕТОДЫ **ПОМОГАЮТ** ОДНИМ
И **НЕ ПОМОГАЮТ** ДРУГИМ



Сергей Калущкий

**Как бросить пить. Почему
разные методы помогают
одним и не помогают другим**

«Автор»

2026

Калуцкий С.

Как бросить пить. Почему разные методы помогают одним и не помогают другим / С. Калуцкий — «Автор», 2026

Почему одни бросают пить после «кодирования», другие — в Анонимных Алкоголиках, третьи — прочитав Аллена Карра, а четвёртые срываются, что бы ни пробовали? Эта книга предлагает ответ: зависимость держится не на любви к алкоголю, а на страхе его потерять. Мучительная тяга возникает не столько из-за нехватки вещества, сколько из-за войны с самим собой: человек одновременно хочет выпить и запрещает себе хотеть. Именно эта борьба раскалывает личность на «правильное» и «зависимое» Я и раз за разом приводит к срыву. Опираясь на исследования и простые мысленные эксперименты, автор разбирает силу воли, метод Карра, AVRT, мотивационное интервьюирование, 12 шагов, логотерапию, IFS и гештальт-терапию. Он показывает, на какое звено зависимости действует каждый метод, и собирает из них практическую систему, которая не требует героического терпения. Книга для тех, кто хочет бросить пить, и для их близких.

© Калуцкий С., 2026

© Автор, 2026

Содержание

Введение	5
Часть I Теория	6
Глава 1. Признаки зависимости	6
Список литературы	8
Глава 2. Алкоголь как болезнь	9
Список литературы	12
Глава 3. Синдром отмены	13
Список литературы	16
Глава 4. Внутренний конфликт	17
Список литературы	19
Глава 5. Диссоциация	20
Список литературы	24
Конец ознакомительного фрагмента.	25

Сергей Калущий

Как бросить пить. Почему разные методы помогают одним и не помогают другим

Введение

Эта книга — об алкогольной зависимости.

Она состоит из двух частей: **Теория** и **Практика**.

В части I (Теория) мы предложим новый научно обоснованный подход к пониманию механизма, лежащего в основе зависимости от алкоголя.

В части II (Практика) мы рассмотрим существующие методы отказа от алкоголя. Мы разберём, почему они помогают одним людям, но оказываются неэффективны для других, и как можно переосмыслить эти подходы, чтобы сделать их по-настоящему действенными в свете новой теории.

Книга построена на мысленных экспериментах. Все они просты, интуитивно понятны и не требуют специальных знаний.

Современная психология часто выглядит недоступной для читателя: за сложными терминами и профессиональными концепциями теряется живой человеческий смысл. Моя цель — отодвинуть в сторону тяжеловесный жаргон и показать простую суть проблемы. Вы увидите, что за большинством запутанных конструкций скрывается элементарная правда — если взглянуть на неё сквозь призму новой теории.

Более того, книга покажет: несмотря на внешнее разнообразие методов отказа от алкоголя — от силы воли и «кодирования» до Анонимных Алкоголиков и клинической психотерапии — все они сводятся к нескольким базовым идеям.

Одно предупреждение необходимо сделать сразу. Алкоголь — одно из немногих веществ, резкий отказ от которого после длительного тяжёлого употребления может быть опасен для жизни: он способен вызвать судороги и алкогольный делирий («белую горячку»). Всё, что в этой книге говорится о психологической природе тяги и синдрома отмены, не отменяет его телесной стороны. Если вы пьёте ежедневно и помногу, если по утрам у вас дрожат руки, вы потеете или вам нужно выпить, чтобы прийти в себя, — прежде чем прекращать употребление, обратитесь к врачу. Книга не заменяет медицинской помощи; она объясняет то, что происходит с человеком помимо и после неё.

Часть I Теория

Глава 1. Признаки зависимости

Не каждый, кто пьёт, — зависимый. Кто-то выпивает бокал вина за ужином и не вспоминает об алкоголе до следующего праздника. Кто-то не может остановиться после первой рюмки, уходит в запой и снова и снова нарушает собственные обещания, даже когда искренне хочет бросить. Оба употребляют одно и то же вещество и оба знают о его вреде. Но один свободен в своём выборе, а другой — нет.

Что именно отличает одного от другого? Ответ на этот вопрос позволяет понять, чем зависимость является на самом деле — и чем она не является.

Можно выделить пять признаков, которые отделяют зависимого человека от того, кто просто иногда выпивает.

1. Утрата контроля

Количество выпитого и частота употребления могут служить индикатором зависимости, но, как мы увидим дальше, такой индикатор далеко не всегда оказывается точным.

Куда более точной характеризующей чертой является возможность делать осознанный выбор и следовать ему. Человек, решивший сегодня не пить и завтра следующий этому решению, зависимым не является. Человек, решивший «выпить только два бокала» и раз за разом обнаруживающий себя на дне бутылки, — является.

Нора Волков, глава Национального института по изучению злоупотребления наркотиками США (NIDA), рассматривает зависимость как состояние, связанное с нарушением функционирования нейронных систем, обеспечивающих самоконтроль и регуляцию поведения (Volkow & Li, 2005). Утрата контроля — не слабость характера. Это диагностический признак: если человек способен произвольно управлять своим употреблением, его трудно квалифицировать как зависимого.

2. Облегчение, а не удовольствие

В философском анализе аддикции подчёркивается, что компульсивное поведение может сохраняться даже тогда, когда оно перестаёт приносить подлинное удовольствие и служит скорее способом избежать дискомфорта (Kennett, Matthews, & Snoek, 2013). Эмпирические данные подтверждают: при сформированной зависимости основным мотивом употребления становится устранение негативного аффекта, а не получение вознаграждения (Baker, Piper, McCarthy, Majeskie, & Fiore, 2004). На нейробиологическом уровне это соответствует аллоstaticкому сдвигу: базовый уровень системы вознаграждения снижается, и вещество требуется уже не для удовольствия, а для возврата к нейтральному состоянию (Koob & Le Moal, 2001).

Этот сдвиг — от удовольствия к облегчению — один из самых надёжных маркеров перехода от эпизодического употребления к зависимости. Человек, который раньше выпивал «для веселья», постепенно обнаруживает, что пьёт уже не для того, чтобы стало хорошо, а для того, чтобы перестало быть плохо.

3. Нарастающее внутреннее напряжение

У зависимого человека при попытке бросить развивается синдром отмены. DSM-5 (Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам) описывает синдром отмены алкоголя так: потливость и учащённое сердцебиение, тремор рук, бессонница, тошнота или рвота, тревога, психомоторное возбуждение, преходящие зрительные, тактильные или слуховые галлюцинации, а в тяжёлых случаях — генерализованные судорожные припадки (American Psychiatric Association, 2022). Острые симптомы обычно появляются в

течение нескольких часов после прекращения употребления, достигают пика на второй-третий день и стихают в течение недели.

В отличие от многих других зависимостей, у алкогольной отмены есть выраженное телесное ядро: тремор, потливость, скачки давления, судороги. Оно реально и может быть опасно. Но психологическая часть синдрома отмены — раздражительность, тревога, тоска, нарушения сна, навязчивые мысли о выпивке, трудности с концентрацией — неспецифична. Те же самые переживания описываются при отказе от азартных игр (Yau & Potenza, 2015), при разрыве аддиктивных отношений (Peele & Brodsky, 1975) и при отмене интернет-зависимости, где никакого вещества нет вовсе. И именно эта часть оказывается самой стойкой: острые телесные симптомы проходят за дни, а тревога, подавленность и тяга могут сохраняться месяцами — это состояние называют затяжным абстинентным синдромом (Heilig, Egli, Crabbe, & Becker, 2010).

4. Склонность к рецидивам

Рецидив при зависимости — центральный элемент переживания. Кому-то удаётся держаться несколько дней, неделю. Кто-то в состоянии не пить годами. Но за редким исключением подавляющее большинство попыток бросить заканчивается срывом. От него не спасает даже длительное воздержание: человек остаётся уязвим и может вернуться к прежнему поведению после одной-двух рюмок.

Ещё в начале 1970-х годов было показано, что кривые рецидивов при алкоголизме, курении и героиновой зависимости имеют поразительно сходную форму: резкий спад в первые три месяца воздержания с последующим выходом на плато (Hunt, Barnett, & Branch, 1971). Зависимость по своему течению сопоставима с другими хроническими заболеваниями: уровень рецидивов при аддикции не превышает уровень несоблюдения режима лечения при диабете, гипертонии или астме (McLellan, Lewis, O'Brien, & Kleber, 2000).

5. Единая нейробиологическая основа

Пятый признак не виден изнутри, но он важен для понимания природы зависимости. Психоактивные вещества, несмотря на различия в фармакологическом действии, вовлекают одни и те же нейронные системы — вознаграждения, мотивации и обучения (Koob & Volkow, 2010). Те же контуры активируются и при поведенческих зависимостях (Potenza, 2006).

Это означает, что у всех зависимостей — от алкоголя, от азартных игр, от еды — общая нейронная база. Общий механизм в мозге.

Понимание зависимости как болезни мозга оправдано, когда речь идёт не о моральной слабости, а о нарушении регуляторных механизмов, имеющих нейробиологическую основу (American Society of Addiction Medicine, 2011). Однако из этого не следует вывод о полной беспомощности. Мозг — не внешняя машина, сломавшаяся отдельно от субъекта. Сказать, что зависимость — болезнь мозга, столь же корректно, как сказать, что компьютерный вирус — болезнь компьютера. Но устранить вирус невозможно, заменяя железо; требуется изменение программного уровня. Аналогично и при зависимости: изменение нейронных схем происходит через изменение переживаний, решений и способов регуляции.

Нейробиологическая модель объясняет *где* происходит нарушение, но не объясняет *как* оно формируется и поддерживается. Задача этой книги — описать механизм на психологическом уровне.

Список литературы

- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.). American Psychiatric Association Publishing. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
- American Society of Addiction Medicine. (2011). *Public policy statement: Definition of addiction*.
- Baker, T. B., Piper, M. E., McCarthy, D. E., Majeskie, M. R., & Fiore, M. C. (2004). Addiction motivation reformulated: An affective processing model of negative reinforcement. *Psychological Review*, 111(1), 33–51. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.111.1.33>
- Heilig, M., Egli, M., Crabbe, J. C., & Becker, H. C. (2010). Acute withdrawal, protracted abstinence and negative affect in alcoholism: Are they linked? *Addiction Biology*, 15(2), 169–184. <https://doi.org/10.1111/j.1369-1600.2009.00194.x>
- Hunt, W. A., Barnett, L. W., & Branch, L. G. (1971). Relapse rates in addiction programs. *Journal of Clinical Psychology*, 27(4), 455–456. [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(197110\)27:4<455::AID-JCLP2270270412>3.0.CO;2-R](https://doi.org/10.1002/1097-4679(197110)27:4<455::AID-JCLP2270270412>3.0.CO;2-R)
- Kennett, J., Matthews, S., & Snoek, A. (2013). Pleasure and addiction. *Frontiers in Psychiatry*, 4, Article 117. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2013.00117>
- Koob, G. F., & Le Moal, M. (2001). Drug addiction, dysregulation of reward, and allostasis. *Neuropsychopharmacology*, 24(2), 97–129. [https://doi.org/10.1016/S0893-133X\(00\)00195-0](https://doi.org/10.1016/S0893-133X(00)00195-0)
- Koob, G. F., & Volkow, N. D. (2010). Neurocircuitry of addiction. *Neuropsychopharmacology*, 35, 217–238. <https://doi.org/10.1038/npp.2009.110>
- McLellan, A. T., Lewis, D. C., O'Brien, C. P., & Kleber, H. D. (2000). Drug dependence, a chronic medical illness: Implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation. *JAMA*, 284(13), 1689–1695. <https://doi.org/10.1001/jama.284.13.1689>
- Peele, S., & Brodsky, A. (1975). *Love and addiction*. Taplinger.
- Potenza, M. N. (2006). Should addictive disorders include non-substance-related conditions? *Addiction*, 101(Suppl. 1), 142–151. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2006.01591.x>
- Volkow, N. D., & Li, T.-K. (2005). Drugs and alcohol: Treating and preventing abuse, addiction and their medical consequences. *Pharmacology & Therapeutics*, 108(1), 3–17. <https://doi.org/10.1016/j.pharmthera.2005.06.021>
- Yau, Y. H. C., & Potenza, M. N. (2015). Gambling disorder and other behavioral addictions: Recognition and treatment. *Harvard Review of Psychiatry*, 23(2), 134–146. <https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000051>

Глава 2. Алкоголь как болезнь

Алкоголь занимает в нашей культуре особое место. Он легален, продаётся на каждом углу и встроен почти в каждое жизненное событие — от свадьбы до поминков, от делового ужина до встречи старых друзей. Отказ выпить нередко требует объяснений. При этом вокруг алкоголизма держится плотный слой мифов: что зависимость наступает «с первой рюмки», что она неизбежно прогрессирует, что всё дело в количестве выпитого и что лечение — это прежде всего вопрос химии.

В этой главе мы соберём то, что известно об алкогольной зависимости из исследований, и посмотрим, насколько привычная картина соответствует данным.

Что такое физическая зависимость

У алкогольной зависимости есть официальное определение. В Международной классификации болезней (МКБ-11) Всемирной организации здравоохранения она описывается как нарушение регуляции употребления алкоголя, возникающее при повторном или продолжительном употреблении. Её главный признак — сильное внутреннее побуждение к употреблению: ослабленный контроль над тем, когда, сколько и в каких обстоятельствах человек пьёт, всё больший приоритет алкоголя перед другими занятиями и продолжение употребления вопреки вреду и негативным последствиям. Часто к этому добавляется тяга. Могут присутствовать и физиологические признаки — толерантность, симптомы отмены при прекращении и употребление, чтобы эти симптомы снять, — то, что в русском языке называют «опохмелиться» (World Health Organization, 2022).

Механизм за этим описанием известен. Алкоголь усиливает действие ГАМК — главного тормозного медиатора мозга — и одновременно подавляет возбуждающую глутаматную передачу. Кроме того, он вызывает выброс дофамина и эндогенных опиоидов в системе вознаграждения. При регулярном употреблении мозг адаптируется: тормозные системы ослабевают, возбуждающие усиливаются, чтобы сохранить равновесие на фоне постоянно присутствующего алкоголя. Возникает толерантность — прежней дозы уже не хватает. Когда поступление алкоголя прекращается, адаптированная система оказывается «перевозбуждённой»: отсюда тремор, потливость, тревога, бессонница, скачки давления (Koob & Volkow, 2010).

Здесь необходимо сказать то, что отличает алкоголь от большинства других объектов зависимости. Синдром отмены алкоголя может быть опасным. Примерно у половины людей с расстройством, связанным с употреблением алкоголя, при резком прекращении или сокращении употребления развиваются симптомы отмены; у 3–5% из них возникают судорожные припадки, алкогольный делирий («белая горячка») или и то и другое. Среди госпитализированных пациентов с делирием погибают от 1 до 4% (Schuckit, 2014). Более того, каждый следующий эпизод тяжёлой отмены, как правило, протекает тяжелее предыдущего — этот эффект называют «киндлингом», раскачкой (Becker, 1998). Поэтому человеку, который длительно пьёт помногу, нельзя просто «завязать с завтрашнего дня» на силе воли: прекращать употребление в такой ситуации нужно под наблюдением врача.

На этом строится медицинский взгляд на алкоголизм: вещество вызывает привыкание, организм к нему адаптируется, а его отсутствие оборачивается недомоганием. Отчасти так и есть — и эту часть нельзя недооценивать. Но, как мы увидим дальше, одной физиологии недостаточно, чтобы объяснить, почему одни люди становятся зависимыми, а другие нет, и почему человек срывается спустя годы, когда от физической зависимости не осталось и следа.

Зависимость с первой рюмки

Распространено убеждение, что алкоголик теряет контроль от первой же рюмки: стоит выпить хоть немного — и запускается неостановимый физиологический процесс. На этом

убеждении долгое время строилась классическая модель алкоголизма. И именно его однажды проверили экспериментально.

В 1973 году Алан Марлатт с коллегами провёл исследование с использованием так называемого сбалансированного плацебо-плана. Участникам — людям с алкогольной зависимостью и обычным пьющим — предлагали «оценить вкус» нескольких напитков. Половине говорили, что в напитках есть алкоголь, половине — что нет; и независимо от этого половина действительно получала алкоголь, а половина — нет. Результат оказался однозначным: количество выпитого определялось не тем, был ли в напитке алкоголь, а тем, верил ли человек, что он там есть. Зависимые, которые думали, что пьют тоник, а на деле пили водку с тоником, не «теряли контроль». Зависимые, которые думали, что пьют водку, а на деле пили чистый тоник, — пили больше (Marlatt, Demming, & Reid, 1973).

«Потеря контроля» оказалась реакцией не на этанол, а на убеждение — на ощущение, что граница уже пересечена. Это наблюдение станет для нас одним из ключевых.

Не подтверждается и представление о том, что знакомство с алкоголем само по себе ведёт к зависимости. Большинство взрослых в течение жизни так или иначе употребляют алкоголь. Расстройство, связанное с употреблением алкоголя, по современным американским данным, хотя бы раз в жизни развивается примерно у 29% взрослых, причём значительная часть этих случаев — лёгкие формы (Grant et al., 2015). Иными словами, большинство пьющих людей зависимыми не становятся.

Миф о неизбежном прогрессировании

В привычном образе алкоголизм — это лестница, ведущая только вниз: от бытового пьянства к запоям, от запоев к деградации. Если человек стал зависимым, он либо пожизненно воздерживается, либо скатывается дальше.

Данные рисуют более сложную картину. В крупном американском эпидемиологическом исследовании были проанализированы данные более чем 4400 взрослых, у которых алкогольная зависимость возникла раньше, чем за год до опроса. К моменту опроса лишь четверть из них оставались зависимыми. Около 18% полностью воздерживались, ещё около 18% пили на уровне низкого риска, без каких-либо признаков расстройства. При этом лечение когда-либо получали лишь около четверти всех участников (Dawson et al., 2005). Значительная часть людей выходит из зависимости — и большинство из них делает это без какой-либо формальной помощи.

Самое длительное из наблюдений за людьми с алкогольными проблемами — исследование Джорджа Вэйланта, который следил за своими участниками около шестидесяти лет, — также показало, что течение болезни очень разнообразно. Злоупотребление алкоголем могло годами и десятилетиями продолжаться, не переходя в тяжёлую зависимость; к семидесяти годам хроническая зависимость среди участников стала редкостью — одни умерли, но многие достигли устойчивой трезвости. Одним из лучших предикторов устойчивого воздержания оказалось участие в Анонимных Алкоголиках, о которых пойдёт речь во второй части книги (Vaillant, 2003).

Если бы зависимость была просто следствием накопленного воздействия вещества, такого разнообразия не было бы. Траектория определяется чем-то ещё.

Пьющий, который не зависим

Представьте двух людей, каждый из которых выпивает по два бокала вина почти каждый вечер. По количеству алкоголя они неотличимы. Но один пьёт вино за ужином, потому что ему нравится вкус, и легко обходится без него в гостях, в поездке, во время болезни. Другой пьёт, чтобы «отпустило» после рабочего дня, чтобы уснуть, чтобы не думать о том, о чём думать невыносимо. Первый не замечает, если вина в доме нет. Второй беспокоится заранее.

Психология давно различает эти две ситуации. Исследователи мотивов употребления алкоголя выделяют четыре основных мотива: социальный (пить за компанию), усиливающий

(пить, чтобы стало веселее), конформный (пить, чтобы не выделяться) и копинговый — пить, чтобы справиться с тревогой, напряжением или плохим настроением (Cooper, 1994). Именно копинговый мотив связан с проблемами, вызванными алкоголем, — и эта связь сохраняется даже тогда, когда количество выпитого учтено статистически (Cooper, Frone, Russell, & Mudar, 1995; Kuntsche, Knibbe, Gmel, & Engels, 2005).

Иными словами, двое людей, выпивающих одинаково, находятся в принципиально разном положении. Решает не доза, а функция: пьёт ли человек ради удовольствия — или для того, чтобы выдерживать собственную жизнь.

Парадокс дисульфирама

Если зависимость держится на химии, её можно победить химией. Одним из первых препаратов для лечения алкоголизма стал дисульфирам (в России известный как «Антабус», «Тетурам», «Эспераль»). Он блокирует фермент, расщепляющий продукт распада алкоголя, — ацетальдегид. Если человек, принимающий дисульфирам, выпьет, ацетальдегид накапливается в организме, и наступает тяжёлая реакция: покраснение, сердцебиение, тошнота, рвота, падение давления. Логика проста: выпивка становится невозможной, потому что за неё придётся заплатить мучительной реакцией.

Метаанализ 22 рандомизированных исследований показал, что дисульфирам действительно помогает сохранять трезвость лучше, чем контрольные условия. Но с одной важной оговоркой: преимущество обнаружилось только в открытых исследованиях, где пациенты знали, что принимают дисульфирам. В слепых исследованиях — где ни одна группа не знала, получает ли она препарат или плацебо, — разницы между группами не было (Skinner, Lahmek, Pham, & Aubin, 2014).

Это означает, что в слепых исследованиях и те, кто принимал дисульфирам, и те, кто принимал пустышку, воздерживались одинаково. Причина понятна: и те и другие верили, что выпивка может обернуться тяжёлой реакцией. Работала не фармакология, а убеждённость в том, что пить нельзя — по-настоящему нельзя, без лазеек.

Ту же закономерность показывают вшиваемые препараты — «торпеды» и «эсперали». В двойном слепом плацебо-контролируемом исследовании имплантат с дисульфирамом не превзошёл по эффективности имплантат-пустышку (Johnsen & Mørland, 1991). Российскому читателю хорошо знакомо и «кодирование» — процедура, в ходе которой человеку внушают, что употребление алкоголя после неё приведёт к тяжёлым последствиям или смерти. Её действие держится ровно до тех пор, пока человек в это верит. Хорошо известно и то, что происходит, когда «срок кодировки» истекает: нередко человек срывается в первые же дни, словно навстречу упущенное.

Наблюдения этой главы показывают, что одного вещества недостаточно для объяснения зависимости: оно не объясняет ни разницы между пьющими одинаково, ни выхода из зависимости без лечения, ни срыва спустя годы трезвости, ни того, что «потеря контроля» и действие «запрещающих» препаратов определяются убеждением, а не химией. Различие между свободным и зависимым человеком лежит не в алкоголе, а в том, какое место алкоголь занял в его жизни, — какую функцию он выполняет, чем грозит его утрата и во что человек верит относительно его доступности.

Список литературы

- Becker, H. C. (1998). Kindling in alcohol withdrawal. *Alcohol Health and Research World*, 22(1), 25–33.
- Cooper, M. L. (1994). Motivations for alcohol use among adolescents: Development and validation of a four-factor model. *Psychological Assessment*, 6(2), 117–128. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.6.2.117>
- Cooper, M. L., Frone, M. R., Russell, M., & Mudar, P. (1995). Drinking to regulate positive and negative emotions: A motivational model of alcohol use. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(5), 990–1005. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.69.5.990>
- Dawson, D. A., Grant, B. F., Stinson, F. S., Chou, P. S., Huang, B., & Ruan, W. J. (2005). Recovery from DSM-IV alcohol dependence: United States, 2001–2002. *Addiction*, 100(3), 281–292. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2004.00964.x>
- Grant, B. F., Goldstein, R. B., Saha, T. D., Chou, S. P., Jung, J., Zhang, H., ... & Hasin, D. S. (2015). Epidemiology of DSM-5 alcohol use disorder: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions III. *JAMA Psychiatry*, 72(8), 757–766. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2015.0584>
- Johnsen, J., & Mørland, J. (1991). Disulfiram implant: A double-blind placebo controlled follow-up on treatment outcome. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 15(3), 532–536. <https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.1991.tb00555.x>
- Koob, G. F., & Volkow, N. D. (2010). Neurocircuitry of addiction. *Neuropsychopharmacology*, 35, 217–238. <https://doi.org/10.1038/npp.2009.110>
- Kuntsche, E., Knibbe, R., Gmel, G., & Engels, R. (2005). Why do young people drink? A review of drinking motives. *Clinical Psychology Review*, 25(7), 841–861. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.06.002>
- Marlatt, G. A., Demming, B., & Reid, J. B. (1973). Loss of control drinking in alcoholics: An experimental analogue. *Journal of Abnormal Psychology*, 81(3), 233–241. <https://doi.org/10.1037/h0034532>
- Schuckit, M. A. (2014). Recognition and management of withdrawal delirium (delirium tremens). *New England Journal of Medicine*, 371(22), 2109–2113. <https://doi.org/10.1056/NEJMr1407298>
- Skinner, M. D., Lahmek, P., Pham, H., & Aubin, H.-J. (2014). Disulfiram efficacy in the treatment of alcohol dependence: A meta-analysis. *PLoS ONE*, 9(2), e87366. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0087366>
- Vaillant, G. E. (2003). A 60-year follow-up of alcoholic men. *Addiction*, 98(8), 1043–1051. <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.2003.00422.x>
- World Health Organization. (2022). *International Classification of Diseases for Mortality and Morbidity Statistics* (11th rev.), 6C40.2 Alcohol dependence. <https://icd.who.int>

Глава 3. Синдром отмены

Синдром отмены — это совокупность физических и психологических симптомов, возникающих при прекращении поведения или резком ограничении активности, к которой сформировалась зависимость. Он отражает адаптацию организма к устойчивому источнику регуляции и последующий дисбаланс при его утрате.

Синдром отмены характерен для всех форм зависимости. Несмотря на различия в симптомах, механизм в основе — один и тот же. Нейровизуализационные исследования показывают, что одни и те же нейронные сети — системы вознаграждения, ожидания и контроля импульсов — вовлечены при разных формах зависимости, включая игровую и интернет-зависимость (Dong, Wang, Du, & Potenza, 2017; Grant, Potenza, Weinstein, & Gorelick, 2010).

Универсальность этого механизма подчёркивается в книге «Любовь и аддикция» Стэнтона Пила и Арчи Бродски. Авторы рассматривают зависимость как общий психологический процесс, а не следствие действия конкретного вещества. Аддиктивные отношения, по их утверждению, способны разрушать личность столь же глубоко, как и клинические зависимости (Peele & Brodsky, 1975). Как они формулируют: люди могут становиться зависимыми от других людей, и термин «зависимость» здесь употребляется не метафорически, а буквально.

В случае любовной зависимости удерживающей силой является не стремление к близости, а страх утраты — прежде всего страх одиночества. Человек не «выбирает» разрушительные отношения: он уже в них и действует из иррационального ужаса потерять источник психологической опоры. Современные данные подтверждают эту параллель. Социальное отвержение и разрыв близких отношений активируют те же нейронные системы, что вовлечены в переживание физической боли и абстиненции при других формах зависимости. Утрата значимого партнёра может вызывать состояние, нейробиологически сопоставимое с синдромом отмены (Fisher, Brown, Aron, Strong, & Mashek, 2010).

Страх утраты как движущая сила

Отсюда следует ключевое допущение: зависимостью управляет не стремление получить, а страх лишиться. Именно поэтому сначала необходимо привыкание — регулярные, повторяющиеся эпизоды употребления, которые превращают алкоголь из случайного спутника праздника в устойчивый способ регуляции. Без этого синдром отмены невозможен. Продолжительное использование привычного средства формирует иллюзию постоянства: выпивка воспринимается как данность, как всегда доступная опора. Угроза её утраты запускает тревогу и вынуждает человека любой ценой восстанавливать утраченное равновесие.

Зависимость всегда представляет собой взаимодействие двух факторов: внутренней потребности и средства, которое эту потребность стабильно удовлетворяет. Употребление никогда не бывает беспричинным. Причина может казаться тривиальной, но она всегда существует. Алкоголь снимает напряжение и развязывает язык, кофе поднимает на ноги, телефон скрашивает ожидание, отношения спасают от одиночества. Со временем средство регуляции становится частью того, как человек справляется с жизнью. Неудивительно, что его утрата вызывает панику.

Страх потери возникает не сразу. Он появляется тогда, когда алкоголь начинает использоваться, чтобы переживать трудные состояния, а не как эпизодическое удовольствие в компании. Именно поэтому тот, кто выпивает изредка и по случаю, не испытывает мучений при отказе: невозможно бояться утратить то, что не стало опорой. Здесь же кроется разница между ним и зависимым, о которой шла речь раньше, — не в количестве выпитого, а в том, какое место занял алкоголь.

Зависимость как защита привычного порядка

В этом смысле зависимое поведение — не погоня за удовольствием, а попытка сохранить привычный порядок вещей. Это объясняет, почему синдром отмены не ограничивается тяжёлыми клиническими зависимостями. Почти любое устойчивое поведение, встроенное в психологический гомеостаз, при его нарушении вызывает аналогичную реакцию. Телефон, социальные сети, музыка, новости, утренний кофе — отказ от них часто сопровождается раздражением, тревогой и навязчивым желанием «вернуть как было». Это реакция системы, лишённой привычного элемента регуляции.

Показательно, как глубоко алкоголь встраивается в жизнь — глубже, чем кажется самому пьющему. Пиво вечером как единственный способ «выключить» рабочий день. Бокал вина, без которого ужин будто не ужин. Пятничная выпивка с друзьями, на которой держится вся дружба. Рюмка, чтобы решиться на разговор, и рюмка, чтобы его забыть. Праздники, свадьбы, поминки, встречи, проводы, «за знакомство» и «на посошок». Со временем всё это перестаёт быть просто привычкой и становится частью того, как человек устроил свою жизнь и как он себя понимает. Бросить — значит не «убрать вредную привычку», а разобрать каркас, на который навешана добрая половина его отдыха, общения и способов справляться с трудностями. Исследования подтверждают: отказ от поведения, связанного с самоидентификацией, вызывает устойчивое сопротивление, поскольку угрожает базовому чувству «я» (Oyserman, Elmore, & Smith, 2012).

Именно поэтому попытка «просто перестать пить» наталкивается на такое сопротивление: человек теряет не просто поведение, а опору, вокруг которой выстроена его повседневность.

До сих пор мы говорили о том, что синдром отмены существует и что он универсален. Теперь посмотрим, что именно его порождает.

Два режима отмены

Синдром отмены возникает как при вынужденном, так и при добровольном лишении.

Вынужденное ограничение — против воли пьющего — вызывает открытую мобилизацию. Это хорошо видно на опыте «сухих законов». Когда в 1985 году в СССР началась антиалкогольная кампания и продажа спиртного резко сократилась, люди часами стояли в очередях за водкой, массово гнали самогон — так что из магазинов исчез сахар, — и пили всё, что содержит спирт: одеколон, лосьоны, технические жидкости. Число отравлений суррогатами выросло (Nemtsov, 2011). Похожую картину за полвека до этого дал американский сухой закон. Поведение, которое со стороны выглядит как безумие, изнутри — последовательная, изобретательная и упорная мобилизация на возвращение утраченного.

При добровольном отказе ситуация иная. Человек запрещает себе пить сам. Внешнего препятствия нет. Есть только решение «не пить» — и нарастающее напряжение, которое с каждым часом становится всё более невыносимым. Навязчивые мысли о выпивке, раздражительность по пустякам, невозможность сосредоточиться.

Мобилизирующее поведение к восстановлению равновесия блокируется, и энергия не находит выхода. Организм готовится действовать — дойти до магазина, налить, вернуть привычное, — но решение «не пить» не даёт этой готовности реализоваться. Напряжение растёт, потому что ему некуда деться.

Ещё одно наблюдение показывает, что источник этого напряжения — именно подавление, а не отсутствие алкоголя. Допустим, вы держитесь весь вечер. Напряжение нарастает, становится почти невыносимым — и в какой-то момент вы сдаётесь: встаёте, одеваетесь и идёте в магазин. Каждый, кто переживал это, знает ощущение, но мало кто замечал один момент — легче становится задолго до первого глотка. Бутылка ещё на полке магазина, алкоголь ещё не попал в кровь — а напряжение уже отпустило. Достаточно одного решения перестать сопротивляться.

Если бы страдание создавал только недостаток алкоголя в организме, облегчение наступало бы после выпивки, а не до неё. Но оно наступает раньше — в тот момент, когда человек перестаёт бороться с собой.

Это различие принципиально. При вынужденной отмене человек борется с внешним препятствием. При добровольной — с самим собой. Именно второй случай порождает страдание особого рода: боль возникает не из-за отсутствия алкоголя, а из-за конфликта между импульсом и его подавлением.

Этот механизм хорошо описан в работах Фрица Перлза. Он показывал, что так называемые «психогенные» боли возникают как следствие подавленного импульса: сдерживаемые слёзы превращаются в мышечное напряжение и головную боль. В книге, написанной совместно с Ральфом Хефферлином и Полом Гудменом, Перлз поясняет:

«Если вы слегка откроете кран и попытаете удерживать воду пальцем, вы почувствуете, как это постепенно становится всё труднее. Это — прямая аналогия того, что происходит во внутренних конфликтах... Если вы сильно сжимаете кулаки, то вскоре получите судорогу. „Психогенная“, или „функциональная“, головная боль — феномен того же типа. Вы собираетесь заплакать, но сдерживаете этот импульс, словно сжимаете голову, чтобы не быть „слонтяем“ или не дать другим удовлетворения видеть вас плачущим». (Perls, Hefferline, & Goodman, 1951)

Решение «бросить пить» запускает тот же процесс. Оно не устраняет импульс — оно пытается ему противостоять. Возникает не активная мобилизация, а болезненное сдерживание самого себя.

Можно было бы предположить обратное: что именно боль вызывает мобилизацию организма. Но хроническая внутренняя боль от подавления действует не так, как острая боль от внешней угрозы: она не мобилизует, а истощает. Острая боль побуждает действовать — оторвать руку, убежать. Боль подавления не имеет направления: она не толкает ни к действию, ни к отступлению, а удерживает в состоянии напряжённой неподвижности.

Современные данные подтверждают этот механизм. В модели процессуальной регуляции эмоций показано, что хроническое подавление переживаний увеличивает физиологическое возбуждение и субъективное страдание, а не снижает их. Попытка контролировать чувства приводит к парадоксальному результату: чем интенсивнее подавление, тем выше уровень дистресса (Gross, 2015).

Страдание при попытке бросить пить нельзя объяснить одним лишь телесным абстинентным синдромом. Он реален, и в тяжёлых случаях требует врачебной помощи. Но в значительной части страдание — следствие конфликта между потребностью восстановить равновесие и запретом на действие. И именно эта часть остаётся с человеком, когда тремор и бессонница первых дней уже позади. Прямое решение «не пить» не разрушает этот порочный круг — оно его создаёт. Пока человек выбирает подавление, он неизбежно выбирает боль.

Список литературы

Dong, G., Wang, L., Du, X., & Potenza, M. N. (2017). Gaming increases craving to gaming-related stimuli in individuals with Internet gaming disorder. *Biological Psychiatry: Cognitive Neuroscience and Neuroimaging*, 2(5), 404–412. <https://doi.org/10.1016/j.bpsc.2017.01.002>

Grant, J. E., Potenza, M. N., Weinstein, A., & Gorelick, D. A. (2010). Introduction to behavioral addictions. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 36(5), 233–241. <https://doi.org/10.3109/00952990.2010.491884>

Nemtsov, A. (2011). *A contemporary history of alcohol in Russia*. Södertörns högskola.

Peele, S., & Brodsky, A. (1975). *Love and addiction*. Taplinger Publishing Company.

Fisher, H. E., Brown, L. L., Aron, A., Strong, G., & Mashek, D. (2010). Reward, addiction, and emotion regulation systems associated with rejection in love. *Journal of Neurophysiology*, 104(1), 51–60. <https://doi.org/10.1152/jn.00784.2009>

Koob, G. F. (2013). Addiction is a reward deficit and stress surfeit disorder. *Frontiers in Psychiatry*, 4, 72. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2013.00072>

Oyserman, D., Elmore, K., & Smith, G. (2012). Self, self-concept, and identity. In M. R. Leary & J. P. Tangney (Eds.), *Handbook of self and identity* (2nd ed., pp. 69–104). Guilford Press.

Perls, F., Hefferline, R. F., & Goodman, P. (1951). *Gestalt therapy: Excitement and growth in the human personality*. Julian Press.

Gross, J. J. (2015). Emotion regulation: Current status and future prospects. *Psychological Inquiry*, 26(1), 1–26. <https://doi.org/10.1080/1047840X.2014.940781>

Глава 4. Внутренний конфликт

В предыдущей главе мы пришли к пониманию синдрома отмены как психологической боли, возникающей из-за подавления мобилизующего поведения, направленного на восстановление привычного порядка.

Однако остаются два феномена, которые до сих пор требуют объяснения. Первый: почему после того, как человек «переламывается», маниакальное стремление вернуть всё как прежде исчезает? Второй: почему исчезнувшее стремление возвращается после срыва — даже после длительного воздержания?

Чтобы приблизиться к ответу, проведём мысленный эксперимент.

Представьте, что вы находитесь в пустом помещении. На противоположной стороне — нечто чрезвычайно ценное для вас. До него всего несколько шагов, но между вами и целью стоит невидимая стена.

Вы начинаете искать способ преодолеть препятствие. Сначала осторожно, потом всё настойчивее — бьёте, толкаете, пробуете обойти. Но стена не поддаётся. Чем сильнее вы стараетесь, тем сильнее растёт раздражение: желаемое ускользает из рук. Постепенно активные усилия сменяются отчаянием, потом бессилием. И в какой-то момент вы сдаётесь — не потому, что устали, а потому что перестаёте верить, что стена преодолима.

Этот опыт можно рассматривать как метафору синдрома отмены.

Переживаемая доступность

Мобилизующее поведение — стремление действовать и восстановить равновесие — сохраняется до тех пор, пока организм верит в достижимость объекта зависимости. Пока эта вера жива, сохраняется тревога и паника. Когда же приходит убеждённость, что возврат невозможен, энергия угасает, и наступает покой.

Этот принцип можно сформулировать как центральный механизм модели: переживаемая доступность — субъективная вера человека в то, что объект зависимости может быть получен, — определяет, будет ли он испытывать тягу и страдание. Пока человек верит, что может вернуть всё как было — он испытывает тревогу, страх, напряжение. Когда вера рушится, когда становится ясно, что путь назад закрыт, организм прекращает тратить силы на бесплодные попытки, и боль исчезает.

Экспериментальные данные подтверждают этот механизм. Обзор исследований восприимчивости возможности употребления показал, что субъективная тяга возрастает, когда человек верит, что употребление доступно, и снижается, когда он считает его невозможным (Wertz & Sayette, 2001). Иными словами, тяга — не механический сигнал организма, а реакция, опосредованная ожиданиями.

Важно понимать: переход от тяги к покою — это не результат волевого подавления. В предыдущей главе мы видели, что подавление лишь усиливает страдание. Здесь речь о другом — о смене убеждения. Человек не «перетерпывает» боль, а проходит через точку, в которой психика перестаёт верить в возможность возврата. Тогда мобилизация теряет смысл, и система приходит к новому равновесию.

Воздержание и его хрупкость

Период воздержания характеризуется парадоксальной переменной: неконтролируемое стремление исчезает, уступая место безразличию. Это не значит, что алкоголь вдруг становится отталкивающим — просто исчезает вера в его доступность.

Однако воздержание не вечно. Стоит только нарушить внутреннюю изоляцию — позволить себе «маленький шаг назад», «один бокал за компанию» — и система получает сигнал: алкоголь снова доступен. Возвращается надежда, а вместе с ней — страх, тревога и боль. Так запускается новый цикл.

Даже единичный срыв после долгого перерыва не может причинить серьёзного вреда сам по себе. Один бокал после года трезвости не перестроит рецепторы и не создаст заново физическую зависимость. Но он мгновенно восстанавливает уверенность в достижимости. Этого достаточно, чтобы вернуть человека к прежнему употреблению — нередко сразу к запою. Проблема не в том, что тело помнит ощущения, а в том, что психика обнаруживает возможность.

Марлатт и Гордон описали этот механизм как «эффект нарушения воздержания»: единичный срыв запускает не столько физиологический процесс, сколько когнитивный сдвиг — человек переживает потерю контроля, вину и ощущение «всё пропало, теперь уже всё равно», что резко повышает вероятность продолжения употребления (Marlatt & Gordon, 1985). В предлагаемой модели этот эффект получает более точное объяснение: срыв восстанавливает переживаемую доступность объекта, а вместе с ней — весь конфликт.

Чтобы вновь войти в состояние воздержания, придётся снова пройти через тот же процесс — до тех пор, пока психика не убедится, что путь к бутылке закрыт.

Драма зависимости

Именно феномен срыва делает зависимость столь разрушительной. Каждый зависимый рано или поздно достигает «дна» — состояния страха, боли и отчаяния, которое побуждает к решению измениться любой ценой. Но даже достигнув воздержания, человек остаётся уязвим. Одна рюмка на свадьбе или на дне рождения может разрушить месяцы и годы трезвости, а вина и бессилие после срыва способны погрузить в депрессию и отчаяние.

Если ключом к выздоровлению является вера в недоступность объекта зависимости, то возникает закономерный вопрос: кто убеждает и кого убеждают? Ведь перед каждым срывом разворачивается внутренний диалог: одна часть «я» уговаривает — «всего одну», «ничего не случится», «ты заслужил», «сегодня же праздник», — другая сопротивляется, сомневается, пугается.

Чтобы понять, как эта вера рушится и восстанавливается, необходимо отказаться от представления о психике как о едином субъекте. Попытка рассматривать зависимость с одной стороны — лишь как человека, подавляющего панику, или только как того, кто паникует, сталкиваясь с преградой, — оказывается неполной.

Эти две фигуры — две части одного целого, взаимодействующие внутри одной психики.

Идея о том, что зависимость разворачивается как конфликт между несколькими внутренними инстанциями, имеет давнюю традицию. В гештальт-терапии Перлз описывал столкновение «собаки сверху» и «собаки снизу» — внутреннего тирана и внутреннего саботажника (Perls, 1969). В современных двухсистемных моделях зависимости поведение рассматривается как результат противоборства импульсивной и рефлексивной систем, каждая из которых располагает собственной логикой и нейронной базой (Wiers & Stacy, 2006).

Логично предположить, что зависимость — это не просто расстройство воли или эмоций, а устойчивый конфликт между двумя частями личности: одна стремится к освобождению, другая боится навсегда лишиться возможности получить облегчение. Между ними и разыгрывается драма зависимости — диалог, обещания, самообман и срывы. Только признание этого внутреннего раскола позволяет понять, почему зависимость сохраняется годами, даже когда тяга, казалось бы, давно прошла.

Но если внутри одной психики действительно сосуществуют две несовместимые позиции — каким образом это вообще возможно? Что позволяет одному человеку одновременно знать, что алкоголь разрушает его здоровье, семью и работу, и действовать так, словно это неважно? Ответ на этот вопрос требует обращения к механизму, который делает такое сосуществование возможным, — диссоциации.

Список литературы

Wertz, J. M., & Sayette, M. A. (2001). A review of the effects of perceived drug use opportunity on self-reported urge. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 9(1), 3–13. <https://doi.org/10.1037/1064-1297.9.1.3>

Marlatt, G. A., & Gordon, J. R. (Eds.). (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. Guilford Press.

Perls, F. (1969). *Gestalt therapy verbatim*. Real People Press.

Wiers, R. W., & Stacy, A. W. (Eds.). (2006). *Handbook of implicit cognition and addiction*. SAGE Publications. <https://doi.org/10.4135/9781412976237>

Глава 5. Диссоциация

«Человек — существо рефлекслирующее, способное даже отвергнуть себя» — В. Франкл

В предыдущей главе зависимость была описана как внутренний конфликт между двумя частями Я. Одна из них стремится к освобождению и трезвости, другая — боится навсегда лишиться возможности получить доступ к объекту зависимости. Этот конфликт проявляется в диалогах с самим собой, обещаниях, рационализациях и срывах и сохраняется даже тогда, когда явная тяга, казалось бы, исчезла.

Однако такое описание поднимает принципиальный вопрос: каким образом внутри одной психики вообще возможно сосуществование двух противоречащих позиций? Как может возникнуть ситуация, при которой человек одновременно понимает, что страх безоснователен, и при этом продолжает действовать так, словно опасность реальна?

Чтобы ответить на этот вопрос, необходимо отказаться от интуитивного представления о психике как о полностью едином и непрерывном субъекте. В этой главе будет показано, что конфликт зависимого человека не является метафорой или образом речи. Он опирается на реальный психологический механизм — диссоциацию, при которой контроль, ответственность и доступ к информации оказываются функционально разделены между различными частями психики.

Скрытый наблюдатель

Одними из первых систематических исследований, продемонстрировавших возможность такого разделения, стали эксперименты американского психолога Эрнеста Хилгарда, посвящённые гипнозу. В этих исследованиях было показано, что в состоянии транса человек может переставать осознавать определённые стимулы — звук, боль, прикосновение — и при этом сохранять способность реагировать на них опосредованно (Hilgard, 1977).

Испытуемому внушалось, что он ничего не слышит. Следуя этой гипнотической инструкции, человек действительно переставал реагировать на речь и внешние звуки. Однако когда Хилгард обращался к возможной «скрытой части» психики с просьбой подать условный сигнал, испытуемый выполнял действие, не осознавая, почему оно произошло. После выхода из транса он сообщал, что не предпринимал никаких сознательных усилий и не понимает, как это произошло.

Хилгард обозначил этот феномен термином «скрытый наблюдатель», подразумевая, что часть психических процессов продолжает воспринимать и обрабатывать информацию, оставаясь при этом недоступной для сознательного контроля.

Важно подчеркнуть: «скрытый наблюдатель» в терминологии Хилгарда не является ни отдельной личностью, ни особой структурой психики. Это описательное обозначение функциональной позиции, возникающей при диссоциации, в которой осознание и контроль оказываются временно разъединены.

Последующие исследования подтвердили реальность этого феномена, уточнив его природу. Было показано, что «скрытый наблюдатель» не является пассивным регистратором: он способен к избирательной обработке информации и формированию автономных ответов, хотя и в рамках ограниченного контекста (Woody & Sadler, 2008).

Информационная изоляция

Эксперименты Хилгарда и последующие исследования показали, что при таком расщеплении разные части психики могут обладать разным доступом к информации. Следующий эксперимент наглядно демонстрирует этот принцип.

В одном из экспериментов Хилгарда испытуемым сообщалось, что «скрытая часть» будет контролировать процессы, связанные с определённой областью восприятия. После внушения «забыть» предъявленный материал никто из испытуемых не мог воспроизвести его созна-

тельно. Однако при обращении к соответствующей «части» психики участники воспроизвели именно ту информацию, которая, согласно внушению, была ей доступна. Информация существовала, но была функционально изолирована (Hilgard, 1977).

При этом «скрытый наблюдатель» сохраняет все основные когнитивные функции, которыми обладает основное Я: он воспринимает происходящее, понимает обращённую к нему речь, способен к оценке и выбору реакции. Его отличие заключается не в снижении интеллекта или осознанности, а в ограниченности контекста, в котором он действует. Он лишён биографической перспективы, намерений и ценностей целостной личности. Он существует вынужденно и временно — ровно настолько, насколько это необходимо для компенсации утраченного контроля.

Диссоциативная fuga

Если гипноз позволяет наблюдать диссоциацию в лабораторных условиях, то клинические феномены демонстрируют её в естественной форме. Одним из наиболее наглядных примеров является диссоциативная fuga.

В состоянии fugи человек внезапно покидает привычную среду, утрачивает доступ к автобиографической памяти, но при этом сохраняет интеллект, навыки и способность к социально адекватному поведению. Он может устраиваться на работу, общаться с людьми, принимать решения и вести внешне нормальную жизнь, не осознавая своей прежней идентичности (American Psychiatric Association, 2022).

Известный случай диссоциативной fugи был описан Уильямом Джеймсом. Священник Ансел Бурн внезапно покинул дом и в течение нескольких недель жил в другом городе под другим именем, ведя внешне упорядоченную и непримечательную жизнь. Затем он столь же внезапно «очнулся», полностью восстановив память о прежней личности, но не помня ничего о периоде fugи и испытав сильное эмоциональное потрясение при столкновении с фактами своего поведения (James, 1890).

Классические описания fugи показывают, что речь идёт не о разрушении личности, а о компенсаторной реакции психики. Человек «бежит» не из жизни как таковой, а от психологически невыносимого опыта. При этом психика не распадается — наоборот, она перераспределяет функции, позволяя существованию продолжаться.

Современные исследования подтверждают эту интерпретацию. Диссоциация рассматривается не как дисфункция, а как регуляторный механизм, возникающий при столкновении с переживаниями, которые невозможно интегрировать в текущую модель Я. Диссоциативные феномены располагаются на континууме — от повседневного «отключения» внимания до клинических состояний — и отражают общую способность психики к функциональному разделению (Holmes et al., 2005).

Fuga демонстрирует важный принцип: отказ от определённого уровня ответственности за себя приводит не к утрате функций, а к их передаче другому, временно автономному психологическому процессу.

Почему возникает расщепление

Однако остаётся вопрос: что именно запускает этот механизм расщепления? Почему психика не может просто удерживать противоречие в пределах одного Я?

Приблизиться к ответу позволяет теория иронических процессов, предложенная Дэниелом Вегнером. Она описывает феномен, при котором произвольные попытки подавить определённую мысль делают её появление более вероятным. Классический пример — просьба «не думать о белом медведе»: чтобы не думать о нём, человек вынужден постоянно проверять, не возникла ли эта мысль, тем самым непрерывно активируя её (Wegner, 1994).

Вегнер показал, что при подавлении в психике возникают два параллельных процесса: один намеренно поддерживает желаемое состояние, другой автоматически отслеживает нежелательное. Сам Вегнер рассматривал их как компоненты единой системы. Однако можно пойти

далее и увидеть в этом минимальную форму расщепления: два процесса с противоположными целями, работающие параллельно и не имеющие общего выхода. Подробное формальное обоснование этого перехода — от иронического процесса к диссоциации — представлено в отдельной работе автора (Kalutskiy, 2026); здесь ограничимся ключевой идеей.

Когда человек старается не думать о чём-то, в психике возникают две несовместимые позиции: одна часть порождает мысль, другая — следит за тем, чтобы этой мысли не было. Чем сильнее усилие подавления, тем активнее работает мониторинг — и тем настойчивее всплывает подавляемое содержание.

Экспериментальные данные показывают, что этот эффект усиливается в условиях когнитивной нагрузки, стресса и эмоционального напряжения — то есть именно в тех состояниях, которые наиболее характерны для зависимости (Wegner & Erber, 1992). Чем сильнее человек нуждается в контроле, тем менее эффективным этот контроль становится. Более того, после периода подавления наблюдается эффект отдачи: подавляемая мысль возвращается с удвоенной силой — что напрямую соотносится с механизмом срыва, описанным в предыдущей главе.

Этот принцип универсален. Когда человек пытается не пить, он одновременно является тем, кто сопротивляется, и тем, кто хочет выпить. Когда внушает себе, что не слышит, он одновременно слышит и верит, что не слышит. Когда запрещает себе чувствовать, он одновременно чувствует и отказывается признать это чувство своим.

Здесь необходимо уточнение, принципиальное для всей модели. Не всякое внутреннее противоречие приводит к расщеплению. Человек может знать, что алкоголь вреден, и продолжать пить — это когнитивный диссонанс, который разрешается рационализацией: «брошу потом», «сейчас не время», «я же не алкоголик, все так пьют». Субъект при этом остаётся единым.

Расщепление возникает при ином условии — когда противоречие переходит из плоскости убеждений в плоскость действия. Не просто «я знаю одно, а делаю другое», а одновременное осуществление двух несовместимых деятельностей: человек активно стремится к выпивке и активно подавляет это стремление. Подавление — это деятельность: мышечное напряжение, контроль дыхания, внутренний запрет, волевое усилие. И стремление выпить — тоже деятельность: мобилизация, поиск возможности, нарастающий импульс.

Именно параллельность двух деятельностей, а не параллельность двух мнений, создаёт условие для функционального разделения субъекта. Такое противоречие не может быть интегрировано — оно разрешается через расщепление.

Исследования в области травмы и диссоциации подтверждают эту логику. Ван дер Харт с коллегами показали, что при столкновении с непереносимым опытом психика разделяется на функционально изолированные части: одна продолжает обеспечивать повседневное существование, другая остаётся фиксированной на защитной реакции (Van der Hart, Nijenhuis, & Steele, 2006). Механизм тот же: два несовместимых требования — жить дальше и реагировать на угрозу — не могут быть выполнены одним субъектом одновременно.

Диссоциация как компенсация

Важно подчеркнуть: диссоциация в этом смысле не является злом, дефектом или патологией. Она — компенсаторный механизм, возникающий в ответ на невозможность существования противоречивых требований в одном Я.

Рассмотренные примеры позволяют сформулировать общий вывод. Диссоциация возникает там, где создаётся непреодолимое когнитивное противоречие, и исчезает, как только это противоречие снимается. Стоит переключить внимание на другую мысль — и «белый медведь» исчезает. Но стоит вернуться к подавлению — и он возвращается с удвоенной силой. Стоит разрешить переживание — и необходимость в расщеплении отпадает.

Расщеплённая структура обладает рядом характерных свойств. Разные части психики располагают разной информацией — это информационная изоляция. Каждая часть действует

рационально в пределах доступных ей данных — это самостоятельность. Диссоциированная часть ориентируется преимущественно на текущие ощущения и сигналы, будучи лишённой целостной перспективы личности — это контекстная ограниченность.

В результате возникает парадоксальная ситуация: одна часть понимает, что страх или действие бессмысленны, другая — продолжает реагировать так, словно угроза реальна. Обе действуют рационально, но в разных информационных пространствах.

Таким образом, зависимость — это не борьба человека со своими «демонами» и не проявление порочной природы желаний. Это конфликт между двумя частями Я, каждая из которых стремится к сохранению целостности и устойчивости организма, но делает это в условиях информационной изоляции и ограниченного контекста. Расщепление возникает не потому, что желания опасны, а потому, что один субъект не может одновременно хотеть и запрещать одно и то же.

Список литературы

Hilgard, E. R. (1977). *Divided consciousness: Multiple controls in human thought and action*

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.