

Научная статья

УДК 159.9.072

doi 10.46741/2686-9764.2025.70.2.009



Биопсихосоциальные и структурные детерминанты химических зависимостей в условиях лишения свободы

РОБЕРТ РАФАИЛЕВИЧ ИСКАНДАРОВ

Научно-исследовательский институт ФСИН России, Москва, Россия,
dr.iskandarov@inbox.ru, <https://orcid.org/0000-0001-7277-7693>

Реферат

Введение: расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ, среди осужденных представляют многоуровневую проблему, обусловленную взаимодействием нейробиологических, психологических и социальных факторов. Высокий уровень рецидивизма среди осужденных с зависимостями и низкая эффективность традиционных подходов к реабилитации требуют проведения углубленного междисциплинарного анализа. Многочисленные исследования указывают на высокий уровень хронического стресса, испытываемого осужденными, что обуславливает необходимость рассмотрения взаимосвязи между хроническим стрессом и поддержанием зависимости в данной популяции. Высокая коморбидность зависимости и заключения под стражу требует более глубокого понимания основных факторов, таких как стресс, для разработки эффективных стратегий вмешательства. *Цель:* исследование механизмов формирования и поддержания зависимости в условиях пенитенциарной системы с особым акцентом на анализе влияния хронического стресса на нейробиохимические процессы, когнитивно-эмоциональные паттерны и социальные детерминанты; обоснование ключевой значимости хронического стресса по сравнению с другими факторами поддержания зависимости и разработка расширенных рекомендаций для реабилитации. *Методы:* углубленный обзор и анализ актуальных научных публикаций, содержащих эмпирические данные, касающиеся распространенности и влияния хронического стресса, его связи с зависимостью у осужденных, а также эффективности различных реабилитационных подходов. *Результаты:* выявлено, что условия лишения свободы (сенсорная депривация, ограничение автономии, суровые условия содержания, насилие) приводят к повышенному уровню хронического стресса у осужденных, который усугубляет нейробиологические нарушения (дисфункция дофаминовой системы, гиперкортизолемиа, подавление нейрогенеза) и эпигенетические изменения, связанные с данными расстройствами. Хронический стресс выступает ключевым фактором в поддержании и рецидиве зависимости, провоцируя тягу и способствуя употреблению психоактивного вещества как средства самолечения. Психологические факторы (выученная беспомощность, деформация временной перспективы, эмоциональная дисрегуляция) и социальные риски (стигматизация, изоляция, отсутствие реинтеграционных программ) тесно взаимодействуют со стрессом, формируя цикл дезадаптации. Подтверждена эффективность комплексных стратегий, сочетающих психологические интервенции (когнитивно-поведенческая терапия, терапия осознанностью), социальную поддержку (программы реинтеграции, вовлечение семьи, наставничество) и при необходимости фармакотерапию. *Выводы:* хронический стресс играет ключевую роль в поддержании зависимости у осужденных. Оптимизация реабилитации требует интеграции нейронаучных данных, психокоррекционных методик (когнитивно-поведенческая терапия, терапия осознанностью, травма-информированный подход) и социально-средовых подходов (программы реинтеграции, поддержка семьи, наставники, социальные работники). Перспективными являются комплексные программы, направленные на снижение аллостатической нагрузки, развитие копинг-стратегий, восстановление нейропластичности и обеспечение непрерывности поддержки после освобождения.

Ключевые слова: химические зависимости; осужденные; уголовно-исполнительная система; хронический стресс; реабилитация; рецидивизм; психологические интервенции; социальная поддержка.

5.3.9. Юридическая психология и психология безопасности.

Для цитирования: Искандаров Р. Р. Биопсихосоциальные и структурные детерминанты химических зависимостей в условиях лишения свободы // Пенитенциарная наука. 2025. Т. 19, № 2 (70). С. 189–199. doi 10.46741/2686-9764.2025.70.2.009.

Original article

Biopsychosocial and Structural Determinants of Chemical Addictions in Prison Settings

ROBERT R. ISKANDAROV

Research Institute of the Federal Penitentiary Service of Russia, Moscow, Russia, dr.iskandarov@inbox.ru, <https://orcid.org/0000-0001-7277-7693>

Abstract

Introduction: substance use disorders among prisoners are a multi-level problem caused by the interaction of neurobiological, psychological and social factors. The problem of addiction among persons in places of imprisonment is widespread and has a significant impact on both the individuals themselves and the prison system as a whole. High recidivism rates among prisoners with addictions and low efficiency of traditional approaches to rehabilitation require in-depth interdisciplinary analysis. Numerous studies indicate high levels of chronic stress experienced by prisoners, which necessitates consideration of the relationship between chronic stress and maintenance of addiction in this population. High comorbidity of addiction and incarceration necessitates a deeper understanding of the underlying factors, such as stress, to develop effective intervention strategies. *Purpose:* to study mechanisms of addiction formation and maintenance in the penitentiary system, analyze the influence of chronic stress on neurochemical processes, cognitive-emotional patterns and social determinants, to substantiate the key importance of chronic stress compared to other factors in maintaining addiction, and to develop expanded recommendations for rehabilitation. *Methods:* an in-depth review and analysis of current scientific publications containing empirical data on the prevalence and impact of chronic stress, its relationship with addiction in convicts, and the effectiveness of various rehabilitation approaches was conducted. *Results:* it is revealed that prison conditions (sensory deprivation, limited autonomy, harsh conditions, and violence) provoke chronic stress in convicts, which aggravates neurobiological disorders (dysfunction of the dopamine system, hypercortisolemia, and suppression of neurogenesis) and epigenetic changes associated with these disorders. Chronic stress is a key factor in the maintenance and relapse of addiction, provoking cravings and contributing to the use of psychoactive substances as a means of self-medication. Psychological factors (learned helplessness, distorted time perspective, and emotional dysregulation) and social risks (stigmatization, isolation, and lack of reintegration programs) closely interact with stress, forming a cycle of maladaptation. The effectiveness of complex strategies combining psychological interventions (cognitive behavioral therapy, mindfulness therapy), social support (reintegration programs, family involvement, and mentoring) and, if necessary, pharmacotherapy is confirmed. *Conclusion:* chronic stress plays a key role in maintaining addiction in convicts. Optimization of rehabilitation requires the integration of neuroscientific data, psychocorrectional methods (cognitive behavioral therapy, mindfulness therapy, and a trauma-informed approach) and socio-environmental approaches (reintegration programs, family support, mentors, and social workers). Promising are complex programs aimed at reducing allostatic load, developing coping strategies, restoring neuroplasticity and ensuring continuity of support after release.

Keywords: chemical dependencies; convicts; penal system; chronic stress; rehabilitation; recidivism; psychological interventions; social support.

5.3.9. Legal psychology and accident psychology.

For citation: Iskandarov R.R. Biopsychosocial and structural determinants of chemical addictions in prison settings. *Penitentiary Science*, 2025, vol. 19, no. 2 (70), pp. 189–199. doi 10.46741/2686-9764.2025.70.2.009.

Введение

В современном мире расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ, среди лиц, находящихся в местах лишения свободы, приобретают масштабы системного кризиса, затрагивающего как индивидуальное здоровье, так и общественную

безопасность. Согласно данным Управления ООН по наркотикам и преступности, доля осужденных с диагностированной зависимостью варьируется от 20 до 65 % в разных регионах [1]. По официальной статистике МВД России, каждый десятый заключенный страдает от химической аддикции [2]. Эти цифры не

только отражают масштаб проблемы, но и подчеркивают ее структурную природу: употребление психоактивных веществ тесно связано с рецидивизмом, поскольку большая часть преступлений среди зависимых совершается либо под воздействием веществ, либо с целью их приобретения [3; 4].

Однако ключевой проблемой остается отсутствие достаточной эффективности реабилитационных программ в пенитенциарных учреждениях. Традиционные подходы, основанные на изоляции и принудительном воздержании, демонстрируют ограниченные результаты: лишь 5–15% лиц сохраняют ремиссию после освобождения [5]. Основная причина кроется в игнорировании комплексного взаимодействия биологических, психологических и социальных факторов, формирующих феномен «двойной несвободы».

С одной стороны, хронический стресс, сенсорная депривация и ограничение автономии в тюрьмах усугубляют нейрохимические нарушения, вызванные длительным употреблением психоактивных веществ. Многочисленные исследования указывают на высокий уровень стресса, испытываемого осужденными, что требует детального рассмотрения его роли [6–11]. С другой стороны, дезадаптивные когнитивные паттерны и стигматизация закрепляют зависимость как стратегию выживания. Высокая коморбидность зависимости и заключения под стражу обуславливает необходимость более глубокого понимания основных факторов, таких как стресс, для разработки эффективных стратегий вмешательства.

Существует практическая потребность в научно обоснованном анализе и конкретных действиях, которые могут быть реализованы для улучшения результатов реабилитации. Важно отметить, что данная проблема выходит за рамки пенитенциарной медицины, приобретая социально-экономическое измерение. Например, в странах с высоким уровнем неравенства, таких как США или Бразилия, отсутствие доступа к жилью и трудоустройству после освобождения увеличивает риск рецидива [12; 13].

В этой связи актуальность исследования обусловлена необходимостью перехода от репрессивных мер к научно обоснованным стратегиям, учитывающим как нейробиологические механизмы зависимости (например, дисфункцию дофаминовой системы под влиянием стресса), так и структурные недостатки пенитенциарной реабилитации. Целью работы является анализ взаимосвязи между нейробиологическими изменениями (особенно вызванными хроническим стрессом), психологическими особенностями [14; 15] и социальными условиями [16], которые совместно определяют устойчивость аддиктивного поведения среди осужденных. Особое внимание уделяется концепции аллостатической нагрузки, объединяющей биологические последствия хронического стресса и их влияние на адаптационный потенциал личности.

Настоящий обзор направлен на углубленный анализ научных публикаций, содержащих эмпирические данные по этой проблеме, с целью обосновать ключевую

значимость хронического стресса по сравнению с другими факторами, способствующими сохранению зависимости у осужденных. Кроме того, будут представлены расширенные рекомендации для психологического и социального компонентов реабилитационной модели, направленные на повышение практической значимости работы.

Результаты исследования призваны стать основой для разработки интегративных программ реабилитации, сочетающих фармакотерапию, психокоррекцию и социальную поддержку. Таким образом, представленная работа вносит вклад в междисциплинарный диалог, связывающий нейронауку, клиническую психологию и пенитенциарную практику. Ее практическая значимость заключается в обосновании моделей, способных не только снизить рецидивизм, но и восстановить социально-психологический ресурс лиц, оказавшихся в условиях «двойной несвободы».

Распространенность и влияние хронического стресса среди осужденных. Эмпирические данные, полученные в результате научных исследований, последовательно демонстрируют повышенный уровень хронического стресса среди лиц, находящихся в местах лишения свободы, а многочисленные исследователи сходятся во мнении, что опыт тюремного заключения обычно характеризуется высоким уровнем стресса, тревожностью, низкой самооценкой, одиночеством и депрессией [17–20]. В частности, исследование, проведенное в тюрьмах Ганы, показало, что более половины заключенных испытывали умеренный или высокий уровень стресса, причем наиболее высокий уровень отмечался среди заключенных тюрьмы строгого режима [17].

Сама тюремная среда играет значительную роль в развитии стресса и психических проблем среди заключенных. Факторы, способствующие стрессу, включают изоляцию от семьи и социальных сетей [21], суровые условия содержания, отсутствие личного пространства, плохие санитарно-гигиенические условия [22; 23], насилие [24; 25] и отсутствие целенаправленной деятельности. Последовательность этих результатов в различных исследованиях и странах подчеркивает универсальность стресса как значимого фактора в тюремной среде.

Хронический стресс оказывает глубокое психологическое воздействие на заключенных. Он связан с различными психологическими расстройствами, включая тревожность, депрессию, самоповреждение, агрессивное поведение, навязчивые мысли и злоупотребление психоактивными веществами. Тюремное заключение может привести к развитию посттюремного синдрома, сходного с посттравматическим стрессовым расстройством, с долгосрочными последствиями для психического здоровья [25]. Хронический стресс может негативно влиять на тело, разум и жизнь человека, вызывая чувство подавленности, возбужденности, тревоги и опасений. Долгосрочные последствия хронического стресса, выходящие за пределы периода заключения, подчеркивают необходимость вмешательств, способствующих пси-

хологическому благополучию как во время, так и после лишения свободы [26].

Биологические основы: нейрхимия зависимости в условиях изоляции и хронического стресса. Хроническое употребление психоактивных веществ провоцирует глубокие нейробиологические сдвиги, которые в условиях тюрьмы усугубляются из-за сенсорной депривации, ограничения подвижности и постоянного стресса. Центральную роль играет дисфункция дофаминовой системы, регулирующей мотивацию и систему вознаграждения. У лиц с опиоидной зависимостью плотность D2-рецепторов в стриатуме снижается, что ослабляет контроль над импульсивными действиями и усиливает тягу к веществам. В тюрьме эти нарушения накладываются на хронический стресс, повышающий уровень кортизола. Гиперкортизолемиа подавляет нейрогенез в гиппокампе, структуре, критичной для памяти и эмоциональной регуляции, и снижает уровень BDNF (нейротрофического фактора мозга) [27], что ограничивает нейропластичность и способность к обучению. Это создает порочный круг: стресс ухудшает когнитивные функции, что затрудняет преодоление зависимости, а сама зависимость усиливает восприимчивость к стрессу.

Эпигенетические модификации, индуцированные средой, закрепляют эти изменения [28; 29]. У осужденных с расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ, выявлено гиперметилирование генов DRD2 и COMT, регулирующих дофаминовый обмен. Это снижает экспрессию D2-рецепторов и замедляет метаболизм дофамина, усиливая его накопление в синапсах и провоцируя импульсивность. Подобные изменения могут сохраняться годами, повышая уязвимость к рецидивам даже после освобождения.

Гиперактивация лимбической системы является еще одним следствием тюремных условий и хронического стресса. У заключенных с рассматриваемым расстройством фиксируется повышенная активность амигдалы, ответственной за реакции страха, и снижение активности префронтальной коры, модулирующей самоконтроль [30]. Этот дисбаланс усиливает эмоциональную лабильность, снижая толерантность к фрустрации и закрепляя связь между стрессом и поиском психоактивных веществ как быстрого решения.

Хронический стресс как ключевой фактор в поддержании зависимости. Анализ эмпирических данных и нейробиологических моделей позволяет утверждать, что хронический стресс играет ключевую роль в возникновении, поддержании и рецидиве зависимости у осужденных [5–7]. Многие люди попадают в тюремную систему уже с зависимостью, и стресс, связанный с заключением, может усугубить эти расстройства, приводя к употреблению психоактивных веществ в качестве средства самолечения. Тюремная среда, характеризующаяся насилием, изоляцией и недостатком реабилитационных услуг, может спровоцировать или усилить нездоровое употребление психоактивных веществ как способ спра-

виться с трудностями. Стресс может вызывать тягу к наркотикам и приводить к рецидивам даже после периодов воздержания во время заключения. Чувство безнадежности, отсутствие перспектив на будущее и угнетающая тюремная среда способствуют стрессу и желанию уйти от реальности с помощью психоактивных веществ.

Нейробиологические модели показывают, что стресс активирует мозговые пути, участвующие в системе вознаграждения и мотивации (включая дофаминергические и норадренергические системы, а также кортикотропин-релизинг-фактор), что повышает уязвимость к зависимости и рецидиву. Циклическая природа зависимости и стресса, когда стресс может провоцировать употребление психоактивных веществ, а употребление, в свою очередь, приводит к еще большему стрессу (включая юридические и социальные последствия), подчеркивает необходимость одновременного решения обеих проблем в рамках программ реабилитации. Нейробиологические данные предоставляют убедительное основание для понимания физиологической основы поведения, связанного со стрессом и зависимостью, что указывает на потенциальную эффективность вмешательств, направленных на эти пути.

Таким образом, хотя другие факторы играют роль, именно хронический стресс часто выступает тем катализатором и поддерживающим механизмом, который препятствует устойчивой ремиссии в условиях лишения свободы и после освобождения.

Психологические механизмы: ловушка дезадаптации под влиянием стресса. В условиях лишения свободы аддиктивное поведение трансформируется в сложный психологический феномен, где когнитивные искажения, эмоциональная дисрегуляция и институциональные ограничения взаимно усиливаются, часто под влиянием хронического стресса. Центральную роль играет феномен выученной беспомощности, описанный М. Селигманом [14]. Систематическое подавление автономии, невозможность влиять на базовые аспекты жизни и хроническая непредсказуемость среды формируют устойчивое убеждение в бессмысленности усилий. Исследования показывают, что лица с расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ, в тюрьмах демонстрируют установки типа «ничего не изменить», что коррелирует с резистентностью к терапии и рецидивами. Этот когнитивный паттерн, усугубляемый стрессом и чувством безнадежности, не только снижает мотивацию, но и разрушает самоэффективность, закрепляя зависимость как единственную доступную стратегию контроля над негативными переживаниями.

Важным элементом становится деформация временной перспективы. В условиях изоляции и стресса происходит коллапс долгосрочного планирования: большинство заключенных фокусируются на текущем моменте, что связано как с нейробиологическими изменениями (угнетением префронтальной коры под влиянием стресса) [6; 30], так и с адаптацией к среде, где будущее воспринимается как абстракция.

Согласно теории Ф. Зимбардо, такая суженная временная ориентация повышает привлекательность психоактивных веществ как средства немедленного эскапизма, минимизируя значимость отдаленных последствий [15]. Это создает порочный круг: вещества используются для подавления стресса и тревоги, вызванных неопределенностью, но их употребление еще сильнее разрушает способность к планированию.

Дисфункциональные убеждения, мифологизирующие эффекты психоактивных веществ, усугубляют ситуацию. В тюремной субкультуре формируются нарративы, идеализирующие вещества как инструмент «контроля над эмоциями» или «символ сопротивления». Эти убеждения, подкрепляемые групповой динамикой, трансформируют употребление в ритуал, конструирующий смысл в условиях экзистенциального вакуума [31]. Например, в некоторых сообществах заключенных прием психоактивных веществ ассоциируется с демонстрацией силы или принадлежностью к группе, что усиливает их символическую ценность.

Эмоциональная дисрегуляция, усугубляемая хроническим стрессом, выступает ключевым драйвером аддикции. У осужденных в тюрьмах часто диагностируются клинически значимая тревожность и симптомы депрессии. Гиперактивация амигдалы, ответственной за обработку страха и усиленной стрессом, сочетается с дефицитом нейромедиаторов, что снижает толерантность к фрустрации. Импульсивность, измеряемая тестами на отложенное вознаграждение, часто повышена [32]. В условиях ограничения альтернативных копинг-стратегий (творчество, спорт, общение) формируется патологическая петля: дистресс провоцирует употребление, которое, в свою очередь, углубляет эмоциональную нестабильность.

Адаптивные стратегии в тюремной среде приобретают парадоксальный характер. Употребление психоактивных веществ становится не только механизмом совладания с индивидуальным стрессом, но и инструментом социальной интеграции. В условиях депривации базовых потребностей (безопасность, принадлежность) вещества превращаются в социальный капитал, обмен на который укрепляет статус в иерархии сообщества. Например, доступ к веществам может служить «валютой» для получения защиты или информации, что институционализирует их употребление как норму.

Кульминацией этих процессов становится формирование такой зависимой идентичности, как устойчивая саморепрезентация, объединяющая стигму («Я – наркоман»), эмоциональную фиксацию на психоактивных веществах и восприятие трезвости как угрозы социальному положению [33]. Нейропсихологически это сопровождается снижением активности медиальной префронтальной коры, ответственной за саморефлексию [34], и гиперфункцией островковой доли, связанной с телесными ощущениями и тягой. Такая идентичность резистентна к внешним воздействиям, требуя глубокой реконфигурации самонаративов.

Социальные факторы и их взаимодействие со стрессом. Хронический стресс является одним из ключевых факторов, влияющих на поддержание зависимости у осужденных, однако другие факторы также играют значительную роль и часто взаимодействуют со стрессом, усугубляя его воздействие. Социальная архитектура тюремной системы и условия после освобождения катализируют зависимость через стигматизацию, институциональное насилие, социальную изоляцию и экономическое исключение.

Социальная изоляция, вызванная разлукой с семьей и друзьями, усугубляется условиями заключения и может привести к чувству одиночества и безнадежности, что, в свою очередь, усиливает стресс и может способствовать употреблению психоактивных веществ как способу справиться с этими эмоциями. Двойная маргинализация, как преступника и наркомана, приводит к системной эксклюзии: после освобождения лица сталкиваются с отказами в трудоустройстве и жилье, что вызывает стресс и возвращает их в криминальные сети. Внутри тюрем иерархия, где зависимость ассоциируется со слабостью, ограничивает доступ к реабилитационным программам, закрепляя стигму.

Институциональное насилие (физическое, психологическое) является мощным стрессором, коррелирующим с усилением аддикции как формы сопротивления или бегства. В странах с репрессивной наркополитикой смертность от передозировок после освобождения значительно выше, чем в регионах с медико-социальным подходом, что отчасти связано с потерей толерантности и стрессом реинтеграции [35; 36]. «Культура молчания», где обращение за помощью воспринимается как предательство, блокирует доступ к поддержке и усиливает чувство изоляции. Отсутствие возможностей для образования, работы и личностного роста во время и после заключения может вызвать чувство безнадежности и отсутствия цели, что также является источником стресса и может способствовать рецидиву зависимости.

Экономические барьеры усиливают цикл зависимости: бедность, отсутствие страховки и жилья значительно повышают стресс и риск рецидива. В США значительная доля освобожденных с расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ, становятся бездомными в первый год [12; 13], что толкает их к криминалу или употреблению как стратегии выживания в условиях стресса.

Психические расстройства, такие как депрессия, тревожность и ПТСР, часто встречаются среди заключенных (особенно с учетом травматического опыта многих из них) [9–11; 25] и могут быть как причиной, так и следствием зависимости, а также фактором, способствующим ее поддержанию. Травма-информированный подход важен в этом контексте [37]. Хронический стресс значительно усугубляет эти состояния.

Таким образом, хотя социальные, экономические и сопутствующие психические факторы важны сами по себе, хронический стресс выступает как общий знаменатель и усилитель, пронизывающий все

аспекты жизни заключенного и поддерживающий зависимость.

Философские основания: детерминизм, свобода воли и этика ответственности. Философский анализ зависимости в контексте лишения свободы требует обращения к фундаментальным вопросам человеческого агентства, моральной ответственности и природы принуждения. Во-первых, противоречие между нейродетерминизмом и свободой воли приобретает здесь особую остроту. Сторонники детерминизма, опираясь на данные нейронаук, утверждают, что аддиктивное поведение обусловлено изменениями в мозге: снижением активности префронтальной коры, дисфункцией системы вознаграждения и эпигенетическими модификациями [7; 28; 29]. В этой парадигме осуждение за употребление психоактивных веществ становится этически проблематичным аналогично наказанию за болезнь. Однако такой подход сталкивается с критикой со стороны экзистенциалистской традиции, подчеркивающей, что даже в условиях ограничений человек сохраняет способность к выбору. Как писал Ж.-О. Сартр, «мы приговорены быть свободными», что в контексте тюрьмы означает следующее: заключенный, несмотря на внешние и внутренние ограничения, продолжает нести ответственность за свои действия.

Во-вторых, дискуссия о моральной ответственности затрагивает этические теории, лежащие в основе пенитенциарных систем. Деонтология И. Канта, акцентирующая долг и рациональную автономию, оправдывает наказание как восстановление справедливости. Однако если зависимость лишает человека рационального контроля (из-за дисфункции префронтальной коры), то карательный подход теряет легитимность. Альтернативу предлагает утилитаризм И. Бентама: наказание должно быть направлено не на возмездие, а на предотвращение будущего вреда через реабилитацию. Этот подход согласуется с данными о том, что программы снижения вреда сокращают рецидивизм эффективнее, чем изоляция [35].

Компатибилизм, или «мягкий детерминизм», предлагает синтез этих позиций. Согласно Дж. Фишеру, даже в условиях биологической предопределенности человек сохраняет «направляющий контроль», способность реагировать на причины, что делает его морально ответственным [38]. В контексте рассматриваемых расстройств это означает, что, хотя нейрхимические нарушения ограничивают свободу выбора, заключенные сохраняют потенциал для изменений при наличии адекватных стимулов (терапия, образование). Например, применение налтрексона, блокирующего опиоидные рецепторы, не отменяет агентность, но создает условия для ее реализации [5].

Нейроэтика вносит в дискуссию новые аспекты. Работы П. Черчленд подчеркивают, что нейробиологические данные не отменяют мораль, но требуют переосмысления критериев ответственности [39]. Если зависимость – это хроническое заболевание мозга, то пенитенциарные системы должны фокусировать-

ся на лечении, а не наказании [39]. Это согласуется с моделью восстановительного правосудия, где акцент смещается с изоляции на реинтеграцию, а диалог между жертвой и преступником становится инструментом исцеления.

Исторический контекст также важен: от дисциплинарных институтов М. Фуко, где тюрьма функционирует как «машина нормализации» [40], до современных концепций, рассматривающих ее как пространство восстановления человеческого достоинства. Философия Э. Левинаса, акцентирующая этику «другого», предлагает рассматривать заключенных не как объекты контроля, а как субъекты, чья уязвимость требует эмпатии и поддержки [41].

Отметим, что философский анализ демонстрирует, что зависимость в условиях лишения свободы – это не просто клиническая или правовая проблема, но этический вызов. Баланс между ответственностью и состраданием может быть достигнут через принцип пропорциональности: вмешательство должно учитывать как степень нейробиологических ограничений, так и потенциал для восстановления агентности. Это требует перехода от бинарной логики вины и наказания к комплексной модели, интегрирующей достижения нейронаук, этики и социальной работы.

Результаты исследования и обсуждение

Проведенный анализ позволил выявить комплекс взаимосвязанных факторов, определяющих устойчивость зависимости в условиях пенитенциарной системы, с особым акцентом на роли хронического стресса.

Нейробиологические и психологические аспекты. Выявлено, что нейробиологические нарушения (снижение плотности D2-рецепторов, гиперактивация амигдалы, дисфункция префронтальной коры) усугубляются под воздействием хронического стресса, характерного для тюремной среды. Эпигенетические изменения (гиперметилирование генов DRD2 и COMT) создают долгосрочные риски рецидивов. Психологические механизмы, такие как выученная беспомощность, деформация временной перспективы и эмоциональная дисрегуляция, тесно связаны с уровнем стресса и формируют замкнутый цикл дезадаптации и поддержания зависимости.

Ключевая роль хронического стресса. Анализ показывает, что хронический стресс выступает не просто одним из факторов, а центральным звеном, связывающим и усиливающим другие детерминанты зависимости у осужденных. Он напрямую влияет на нейробиологические пути, связанные с тягой и рецидивом, усугубляет психологическую уязвимость (тревогу, депрессию, импульсивность) и делает индивида более восприимчивым к негативным социальным влияниям (стигма, изоляция). Стресс тюремного заключения может как инициировать употребление психоактивных веществ в качестве копинг-механизма, так и провоцировать срывы у лиц, пытающихся сохранить ремиссию. Именно системное и пролонгированное воздействие стресса в условиях ограниченных ресурсов совладания объясняет его ключевую роль в поддержании зависимости в данной

популяции, превосходя по своему интегрирующему влиянию другие отдельные факторы.

Социальные факторы и необходимость комплексных вмешательств. Социальные факторы, такие как стигматизация, отсутствие программ реинтеграции и экономическая эксклюзия, создают среду, благоприятствующую рецидиву, особенно в условиях стресса после освобождения. Опыт стран, внедряющих комплексные программы поддержки (образование, трудоустройство, жилье), демонстрирует значительное снижение рецидивизма, подтверждая важность средовых модификаций и социального компонента реабилитации.

Эффективность интервенций. Анализ литературы подтверждает эффективность комплексных подходов. Психологические интервенции, такие как когнитивно-поведенческая терапия и практики осознанности, доказали свою результативность в снижении стресса, тяги и предотвращении рецидивов у заключенных. Социальные программы, включающие поддержку при освобождении, вовлечение семьи, наставничество и активное участие социальных работников и волонтеров, играют критическую роль в успешной реинтеграции и поддержании ремиссии. При необходимости применяется фармакотерапия.

Рекомендации по реализации психологического компонента реабилитации

Для снижения хронического стресса и улучшения результатов ремиссии у осужденных с зависимостями в психологический компонент модели реабилитации целесообразно включить следующие конкретные действия и программы:

– *Когнитивно-поведенческая терапия.* Расширение доступа к индивидуальным и групповым сеансам, адаптированным для тюремных условий. Фокус на выявлении и изменении негативных мыслительных паттернов, связанных со стрессом и зависимостью, развитие навыков совладания с тягой. Использование таких техник, как ведение дневника мыслей, функциональный анализ поведения, когнитивная реструктуризация, тренировка навыков совладания, предотвращение рецидивов, самоконтроль, тренировка решения проблем.

– *Практики осознанности.* Внедрение программ, основанных на mindfulness (осознанности), включая медитацию, йогу и специализированные протоколы, такие как Mindfulness-Based Relapse Prevention (практики осознанности с когнитивно-поведенческими стратегиями, MBRP). Эти практики помогают снизить уровень стресса, улучшить эмоциональную регуляцию, повысить осознанность триггеров зависимости и развить безоценочное принятие. Протоколы MBRP могут быть адаптированы для тюремных условий.

– *Группы поддержки.* Организация регулярных групп поддержки, включая группы самопомощи (AA, АН) и терапевтические группы под руководством психологов. Предоставление безопасного пространства для обмена опытом, получения эмоциональной поддержки и развития чувства общности.

– *Травма-информированный подход.* Интеграция принципов травма-информированного подхода во

все аспекты реабилитации с учетом высокой распространенности травмы у осужденных с зависимостями. Это включает обучение персонала, скрининг на травму, создание безопасной среды и применение травма-специфических вмешательств.

– *Развитие навыков совладания.* Целенаправленное обучение заключенных эффективным стратегиям управления стрессом: техникам релаксации, саморегуляции, решения проблем, повышения самооценки.

– *Позитивные психологические интервенции.* Включение программ, направленных на развитие психологического благополучия и сильных сторон личности, что может улучшить психологическое состояние в условиях заключения.

Рекомендации по реализации социального компонента реабилитации

Реализация социального компонента для улучшения результатов ремиссии зависимых осужденных может включать следующие действия, программы и агентов влияния:

– *Программы поддержки при освобождении.* Разработка и расширение комплексных программ, обеспечивающих непрерывность поддержки при переходе из тюрьмы в общество. Включают помощь в поиске стабильного жилья, содействие в трудоустройстве, доступ к медицинским (включая лечение зависимости и психических расстройств) и социальным услугам, восстановление документов. Примеры: программы «PathwayForward» Армии Спасения, «FIT Program» Университета Северной Каролины.

– *Вовлечение семьи.* Интеграция членов семьи в процесс реабилитации (с согласия осужденного). Предоставление семейной терапии, обучения и групп поддержки для родственников с целью улучшения взаимоотношений, снижения стресса в семье и создания благоприятной домашней среды для выздоровления.

– *Программы наставничества.* Создание и поддержка программ, где успешно реабилитировавшиеся бывшие заключенные (наставники) оказывают практическую и эмоциональную поддержку освобождающимся. Наставничество способствует социальной интеграции, дает надежду, снижает чувство изоляции и риск рецидива.

– *Образовательные и профессиональные программы.* Расширение доступа к качественному образованию и высшему и профессиональным программам (профобучение востребованным специальностям) как во время заключения, так и после освобождения. Это повышает самооценку, конкурентоспособность на рынке труда, снижает экономический стресс и риск рецидива.

– *Агенты влияния:*

Социальные работники: усиление роли социальных работников в пенитенциарных учреждениях и службах пробации. Они координируют планирование реинтеграции, связывают с необходимыми ресурсами, оказывают психосоциальную поддержку и помогают в навигации по системе социальных услуг.

Волонтеры: привлечение обученных волонтеров из сообщества (включая выздоравливающих зави-

симых) для оказания неформальной поддержки, наставничества, помощи в организации досуга и групп самопомощи.

Группы взаимопомощи (АА/АН): обеспечение доступа и поддержка функционирования групп анонимных алкоголиков и анонимных наркоманов как внутри учреждений, так и в сообществе после освобождения.

Общественные организации: сотрудничество с некоммерческими и религиозными организациями, предоставляющими услуги по реинтеграции (жилье, питание, юридическая помощь, группы поддержки).

Выводы

На основании проведенного анализа можно заключить, что эффективная реабилитация лиц с расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ, в пенитенциарной системе требует многоуровневого подхода, интегрирующего достижения нейронауки, психологии и социальной работы, с особым акцентом на управлении хроническим стрессом.

1. Признание ключевой роли стресса. Необходимо признать, что хронический стресс является центральным фактором, поддерживающим зависимость у осужденных, и сделать его снижение и управление им приоритетной задачей реабилитационных программ.

2. Интеграция биологического компонента. Следует учитывать нейробиологические последствия хронического стресса. При необходимости использовать фармакотерапию (например, налтрексон для снижения тяги при опиоидной зависимости) и методы, стимулирующие нейропластичность.

3. Внедрение комплексных психологических программ. Необходимо обеспечить широкий доступ к доказательным психологическим интервенциям, таким как когнитивно-поведенческая терапия и практики

осознанности, адаптированным к условиям тюрьмы и направленным на развитие навыков совладания со стрессом и тягой. Возможно интегрировать травматизированный подход во все аспекты психологической помощи.

4. Развитие социального компонента и непрерывности поддержки. Ключевым условием является трансформация среды и поддержка после освобождения. Необходимо развивать программы реинтеграции (жилье, работа, образование), укреплять социальные связи (семья, наставничество), активно привлекать социальных работников и волонтеров. Следует обеспечить «бесшовный» переход и непрерывность лечения и поддержки при выходе из исправительного учреждения в общество.

5. Многоуровневый подход. Успешная реабилитация возможна лишь при синтезе трех компонентов:

- биологического (фармакологическая и нефармакологическая коррекция нейрохимических дисфункций, вызванных зависимостью и стрессом);
- психологического (формирование адаптивных паттернов мышления, поведения и совладания со стрессом);
- социального (создание поддерживающей среды и условий для реинтеграции, исключая стигму и маргинализацию).

Данный подход не только соответствует принципам доказательной медицины и лучшим мировым практикам [42], но и отвечает на этические вызовы, связанные с проблемой зависимости в условиях лишения свободы, предлагая путь к восстановлению человеческого и социального капитала. Реализация этих рекомендаций позволит создать более эффективную и гуманную систему реабилитации, способствующую снижению уровня стресса, предотвращению рецидивов зависимости и успешной реинтеграции осужденных в общество.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. World Drug Report 2024 // United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). 2024. URL: <https://www.unodc.org/unodc/data-and-analysis/world-drug-report-2024.html> (дата обращения: 20.04.2025).
2. Доклад о наркоситуации в Российской Федерации в 2023 году // Государственный антинаркотический комитет. 2023. URL: <https://media.mvd.ru/files/embed/6440403> (дата обращения: 20.04.2025).
3. Искандаров Р. Р. Психоактивные вещества как фактор совершения насильственных преступлений: современное состояние проблемы // Наркология. 2024. № 23 (1). С. 42–45.
4. Краткая характеристика состояния преступности за 2024 год. URL: <https://мвд.рф/reports/index/> (дата обращения: 20.04.2025).
5. Chandler R. K., Fletcher B. W., Volkow N. D. Treating drug abuse and addiction in the criminal justice system: improving public health and safety // JAMA. 2009. Vol. 301, № 2. P. 183–190.
6. McEwen B. S. Neurobiological and Systemic Effects of Chronic Stress // Chronic Stress (Thousand Oaks). 2017. Vol. 1. Art. 2470547017692328.
7. Volkow N. D., Fowler D. S., Wang G. D. Neurobiologic Advances from the Brain Disease Model of Addiction // The New England journal of medicine. 2016. Vol. 374, № 4. P. 363–371.
8. Goomany A., Dickinson T. The influence of prison climate on the mental health of adult prisoners: a literature review // Journal of psychiatric and mental health nursing. 2015. Vol. 22, № 6. P. 413–422.
9. Brinded P. M. et al. Prevalence of psychiatric disorders in New Zealand prisons: a national study // The Australian and New Zealand journal of psychiatry. 2001. Vol. 35. P. 166–173.
10. Brugha T. et al. Psychosis in the community and in prisons: a report from the British National Survey of psychiatric morbidity // The American journal of psychiatry. 2005. Vol. 162. P. 774–780.
11. Schnittker J., Massoglia M., Uggen C. Out and down: incarceration and psychiatric disorders // Journal of health and social behavior. 2012. Vol. 53, № 4. P. 448–464.

12. Baker O. et al. Experience delivering an integrated service model to people with criminal justice system involvement and housing insecurity // *BMC Public Health*. 2023. Vol. 23. Art. 222.
13. Morenoff J. D., Harding D. J. Incarceration, Prisoner Reentry, and Communities // *Annual review of sociology*. 2014. Vol. 40. P. 411–429.
14. Seligman M. E. Learned helplessness // *Annual review of medicine*. 1972. Vol. 23. P. 407–412.
15. Zimbardo P. G., Boyd J. N. Putting time in perspective: A valid, reliable individual-differences metric // *Journal of Personality and Social Psychology*. 1999. Vol. 77, № 6. P. 1271–1288.
16. Crewe B. *The Prisoner Society: Power, Adaptation and Social Life in an English Prison*. Oxford, 2012. 528 p.
17. Ansah E. W. et al. Assessing Stress Levels, Predictors and Management Strategies of Inmates at Ankaful Prison Complex in the Central Region, Ghana // *Behavioral sciences*. 2023. Vol. 13, № 3. P. 201.
18. Edgemon T. G., Clay-Warner J. Inmate Mental Health and the Pains of Imprisonment // *Society and Mental Health*. 2018. Vol. 9, № 1. P. 33–50.
19. Lindquist C. H., Lindquist C. A. Gender differences in distress: mental health consequences of environmental stress among jail inmates // *Behavioral sciences & the law*. 1997. Vol. 15, № 4. P. 503–523.
20. Palmer E. J., Connelly R. Depression, hopelessness and suicide ideation among vulnerable prisoners // *Criminal behaviour and mental health : CBMH*. 2005. Vol. 15, № 3. P. 164–170.
21. Solbakken L. E., Wynn R. Barriers and opportunities to accessing social support in the transition from community to prison: a qualitative interview study with incarcerated individuals in Northern Norway // *BMC Psychology*. 2022. Vol. 10. Art. 185.
22. Evans G. W. The built environment and mental health // *Journal of urban health : bulletin of the New York Academy of Medicine*. 2003. Vol. 80. P. 536–555.
23. Nurse J., Woodcock P., Ormsby J. Influence of environmental factors on mental health within prisons: focus group study // *BMJ*. 2003. Vol. 327, № 7413. P. 480.
24. Boxer P., Middlemass K., Delorenzo T. Exposure to Violent Crime During Incarceration: Effects on Psychological Adjustment Following Release // *Criminal Justice and Behavior*. 2009. Vol. 36, № 8. P. 793–807.
25. Piper A., Berle D. The association between trauma experienced during incarceration and PTSD outcomes: a systematic review and meta-analysis // *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*. 2019. Vol. 30, № 5. P. 854–875.
26. Andersen H. S. et al. A longitudinal study of prisoners on remand: psychiatric prevalence, incidence and psychopathology in solitary vs. non-solitary confinement // *Acta psychiatrica Scandinavica*. 2000. Vol. 102, № 1. P. 19–25.
27. Вялова Н. М., Левчук Л. А. Роль BDNF в формировании депрессивных расстройств // *Фундаментальные исследования*. 2014. № 10-4. С. 771–775.
28. Andersen A. M. et al. Current and Future Prospects for Epigenetic Biomarkers of Substance Use Disorders // *Genes (Basel)*. 2015. Vol. 6, № 4. P. 991–1022.
29. Bohacek J., Mansuy I.M. Molecular insights into transgenerational non-genetic inheritance of acquired behaviours // *Nature reviews genetics*. 2015. Vol. 16, № 11. P. 641–652.
30. Tanabe J. et al. Prefrontal cortex activity is reduced in gambling and nongambling substance users during decision-making // *Human brain mapping*. 2007. Vol. 28, № 12. P. 1276–1286.
31. Zika S., Chamberlain K. On the relation between meaning in life and psychological well-being // *British journal of psychology*. 1992. Vol. 83 (Pt. 1). P. 133–145.
32. Reynolds B. A review of delay-discounting research with humans: relations to drug use and gambling // *Behavioural pharmacology*. 2006. Vol. 17, № 8. P. 651–667.
33. Дьяков Д. Г., Жук Н. Н., Малаховская Е. С. Самоидентификация у лиц, страдающих психическими расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ разного типа: компаративный анализ // *Сибирский психологический журнал*. 2016. № 59. С. 85–107.
34. Nejad A. B., Fossati P., Lemogne C. Self-referential processing, rumination, and cortical midline structures in major depression // *Frontiers in human neuroscience*. 2013. Vol. 7. Art. 666.
35. Degenhardt L. et al. Global patterns of opioid use and dependence: harms to populations, interventions, and future action // *Lancet*. 2019. Vol. 394. P. 1560–1579.
36. Iacobucci G. Prisoners die from natural causes 20 years earlier than the general population, finds review // *BMJ*. 2024. Vol. 384. P. 198.
37. *Trauma-Informed Care in Behavioral Health Services*. Rockville (MD), 2014.
38. Fischer J. *Deep Control: Essays on Free Will and Value*. Oxford, 2012. 243 p.
39. Churchland Braintrust. What Neuroscience Tells Us About Morality // *Rivista Italiana di Filosofia Analitica Junior*. 2012. Vol. 3. P. 10.
40. Foucault M. *Surveiller et punir: Naissance de la prison*. Paris, 1975. 328 p.
41. Левинас Э. *Избранное. Тотальность и Бесконечное*. М. ; СПб., 2000. 416 с.
42. Solbakken L. E., Wynn R. Barriers and opportunities to accessing social support in the transition from community to prison: a qualitative interview study with incarcerated individuals in Northern Norway // *BMC Psychol*. 2022. Vol. 10. Art. 185.

REFERENCES

1. World Drug Report 2024. *United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC)*. 2024. Available at: <https://www.unodc.org/unodc/data-and-analysis/world-drug-report-2024.html> (accessed April 20, 2025).
2. Report on the drug situation in the Russian Federation in 2023. *Gosudarstvennyi antinarkoticheskii komitet* [State Anti-Drug Committee]. 2023. Available at: <https://media.mvd.ru/files/embed/6440403> (In Russ.) (Accessed April 20, 2025).
3. Iskandarov R.R. Psychoactive substances as a factor in committing violent crimes: the current state of the problem. *Narkologiya = Narcology*, 2024, no. 23 (1), pp. 42–45.

4. Brief description of the crime situation in 2024. *MVD Rossii* [The Ministry of the Interior of Russia]. 2024. Available at: <https://mvd.rf/reports/index/> (In Russ.). (Accessed April 20, 2025).
5. Chandler R.K., Fletcher B.W., Volkow N.D. Treating drug abuse and addiction in the criminal justice system: improving public health and safety. *JAMA*, 2009, vol. 301, no. 2, pp. 183–190.
6. McEwen B.S. Neurobiological and systemic effects of chronic stress. *Chronic Stress (Thousand Oaks)*, 2017, vol. 1, art. 2470547017692328.
7. Volkow N.D., Fowler D.S., Wang G.D. Neurobiologic advances from the brain disease model of addiction. *The New England Journal of Medicine*, 2016, vol. 374, no. 4, pp. 363–371.
8. Goomany A., Dickinson T. The influence of prison climate on the mental health of adult prisoners: a literature review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2015, vol. 22, no. 6, pp. 413–422.
9. Brinded P.M. et al. Prevalence of psychiatric disorders in New Zealand prisons: a national study. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 2001, vol. 35, pp. 166–173.
10. Brugha T. et al. Psychosis in the community and in prisons: a report from the British National Survey of psychiatric morbidity. *The American Journal of Psychiatry*, 2005, vol. 162, pp. 774–780. (In Russ.).
11. Schnittker J., Massoglia M., Uggen C. Out and down: incarceration and psychiatric disorders. *Journal of Health and Social Behavior*, 2012, vol. 53, no. 4, pp. 448–464.
12. Baker O. et al. Experience delivering an integrated service model to people with criminal justice system involvement and housing insecurity. *BMC Public Health*, 2023, vol. 23, art. 222.
13. Morenoff J.D., Harding D.J. Incarceration, prisoner reentry, and communities. *Annual Review of Sociology*, 2014, vol. 40, pp. 411–429.
14. Seligman M.E. Learned helplessness. *Annual Review of Medicine*, 1972, vol. 23, pp. 407–412.
15. Zimbardo P.G., Boyd J.N. Putting time in perspective: a valid, reliable individual-differences metric. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1999, vol. 77, no. 6, pp. 1,271–1,288.
16. Crewe B. *The Prisoner Society: Power, Adaptation and Social Life in an English Prison*. Oxford, 2012. 528 p.
17. Ansah E.W. et al. Assessing stress levels, predictors and management strategies of inmates at Ankafu Prison Complex in the central region, Ghana. *Behavioral Sciences*, 2023, vol. 13, no. 3, p. 201.
18. Edgemon T.G., Clay-Warner J. Inmate mental health and the pains of imprisonment. *Society and Mental Health*, 2018, vol. 9, no. 1, pp. 33–50.
19. Lindquist C.H., Lindquist C.A. Gender differences in distress: mental health consequences of environmental stress among jail inmates. *Behavioral Sciences & the Law*, 1997, vol. 15, no. 4, pp. 503–523.
20. Palmer E.J., Connelly R. Depression, hopelessness and suicide ideation among vulnerable prisoners. *Criminal Behaviour and Mental Health: CBMH*, 2005, vol. 15, no. 3, pp. 164–170.
21. Solbakken L.E., Wynn R. Barriers and opportunities to accessing social support in the transition from community to prison: a qualitative interview study with incarcerated individuals in Northern Norway. *BMC Psychology*, 2022, vol. 10, art. 185.
22. Evans G. W. The built environment and mental health. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 2003, vol. 80, pp. 536–555.
23. Nurse J., Woodcock P., Ormsby J. Influence of environmental factors on mental health within prisons: focus group study. *BMJ*, 2003, vol. 327, no. 7,413, pp. 480.
24. Boxer P., Middlemass K., Delorenzo T. Exposure to violent crime during incarceration: effects on psychological adjustment following release. *Criminal Justice and Behavior*, 2009, vol. 36, no. 8, pp. 793–807.
25. Piper A., Berle D. The association between trauma experienced during incarceration and PTSD outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*, 2019, vol. 30, no. 5, pp. 854–875.
26. Andersen H.S. et al. A longitudinal study of prisoners on remand: psychiatric prevalence, incidence and psychopathology in solitary vs. non-solitary confinement. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 2000, vol. 102, № 1. p. 19–25.
27. Vyalova N.M., Levchuk L.A. The role of BDNF in the development of depressive disorders. *Fundamental'nye issledovaniya = Fundamental Research*, 2014, no. 10–4, pp. 771–775. (In Russ.).
28. Andersen A.M. et al. Current and future prospects for epigenetic biomarkers of substance use disorders. *Genes (Basel)*, 2015, vol. 6, no. 4, pp. 991–1,022.
29. Bohacek J., Mansuy I.M. Molecular insights into transgenerational non-genetic inheritance of acquired behaviours. *Nature Reviews Genetics*, 2015, vol. 16, no. 11, pp. 641–652.
30. Tanabe J. et al. Prefrontal cortex activity is reduced in gambling and nongambling substance users during decision-making. *Human Brain Mapping*, 2007, vol. 28, no. 12, pp. 1,276–1,286.
31. Zika S., Chamberlain K. On the relation between meaning in life and psychological well-being. *British Journal of Psychology*, 1992, vol. 83, pp. 133–145.
32. Reynolds B. A review of delay-discounting research with humans: relations to drug use and gambling. *Behavioural Pharmacology*, 2006, vol. 17, no. 8, pp. 651–667.
33. D'yakov D.G., Zhuk N. N., Malakhovskaya E. S. Self-identification of patients suffering from mental and behavioral disorders due to the use of different types of psychoactive substances: comparative analyses. *Sibirskii psikhologicheskii zhurnal = Siberian Psychological Journal*, 2016, no. 59, pp. 85–107. (In Russ.).
34. Nejad A.B., Fossati P., Lemogne C. Self-referential processing, rumination, and cortical midline structures in major depression. *Frontiers in Human Neuroscience*, 2013, vol. 7, art. 666.
35. Degenhardt L. et al. Global patterns of opioid use and dependence: harms to populations, interventions, and future action. *Lancet*, 2019, vol. 394, pp. 1,560–1,579.
36. Iacobucci G. Prisoners die from natural causes 20 years earlier than the general population, finds review. *BMJ*, 2024, vol. 384, pp. 198.

37. Trauma-informed care in behavioral health services. *Center for Substance Abuse Treatment (US). Rockville (MD): Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US)*. 2014.
38. Fischer J. *Deep Control: Essays on Free Will and Value*, Oxford, 2012. 243 p.
39. Churchland Braintrust. What Neuroscience Tells Us About Morality. *Rivista Italiana di Filosofia Analitica Junior*, 2012, vol. 3, p. 10.
40. Foucault M. *Surveiller et punir: Naissance de la prison*. Paris, 1975. 328 p. (In French).
41. Levinas E. *Izbrannoe. Total'nost' i Beskonechnoe* [Selected works. Totality and the Infinite]. Moscow; Saint Petersburg, 2000. 416 p.
42. Solbakken L.E., Wynn R. Barriers and opportunities to accessing social support in the transition from community to prison: a qualitative interview study with incarcerated individuals in Northern Norway. *BMC Psychol*, 2022, vol. 10, art. 185.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРЕ / INFORMATION ABOUT THE AUTHOR

РОБЕРТ РАФАИЛЕВИЧ ИСКАНДАРОВ – кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник НИЦ-2 Научно-исследовательского института ФСИН России, Москва, Россия, dr.iskandarov@inbox.ru, <https://orcid.org/0000-0001-7277-7693>

ROBERT R. ISKANDAROV – Candidate of Sciences (Medicine), Senior Researcher at the Research Center No. 2 of the Research Institute of the Federal Penitentiary Service of Russia, Moscow, Russia, dr.iskandarov@inbox.ru, <https://orcid.org/0000-0001-7277-7693>

Статья поступила 04.04.2025