

ПРАВИТЕЛЬСТВО МОСКВЫ
ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ

СОГЛАСОВАНО

РЕКОМЕНДОВАНО

Главный внештатный
Специалист психиатр-нарколог
Департамента
здравоохранения города Москвы

Экспертным советом по науке
Департамента здравоохранения
города Москвы № 9



Е.А. Брюн



«17» марта 2022 г.

«18» мая 2022 г.

КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ ПРОСПЕКТИВНОГО
МЫШЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ЗАВИСИМОСТИ ОТ
АЛКОГОЛЯ

Методические рекомендации № 42

Москва 2022

УДК 616.89

ББК 56.14

Организация-разработчик: Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Московский научно-практический центр наркологии Департамента здравоохранения г. Москвы».

Авторы: Тучина О. Д., Агибалова Т. В.

Рецензенты:

Михайлов М. А., д.м.н., главный научный сотрудник; ГБУЗ «Московский научно-практический центр наркологии Департамента здравоохранения г. Москвы»

Рычкова О. В., д.п.н., профессор, профессор кафедры клинической психологии и психотерапии факультета консультативной и клинической психологии ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет»

Коррекция нарушений проспективного мышления у пациентов с синдромом зависимости от алкоголя: методические рекомендации / авторы: О. Д. Тучина, Т. В. Агибалова. – М.: ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ», 2022. – 54 с.

Методические рекомендации «Коррекция нарушений проспективного мышления у пациентов с синдромом зависимости от алкоголя» подготовлены в рамках НИР «Персонализированный подход к терапии больных с зависимостью от психоактивных веществ с учетом фармакогенетических, клинических и психологических факторов в целях повышения качества лечения».

Методические рекомендации адресованы медицинским психологам, врачам психиатрам-наркологами, психотерапевтам, социальным работникам, оказывающим лечебно-реабилитационную помощь пациентам с синдромом зависимости от алкоголя; научным сотрудникам и специалистам медицинских и исследовательских организаций, осуществляющих научно-исследовательскую деятельность в области психиатрии-наркологии и психотерапии расстройств, вызванных злоупотреблением психоактивными веществами.

Данный документ является собственностью Департамента здравоохранения города Москвы и не подлежит тиражированию и распространению без соответствующего разрешения

СОДЕРЖАНИЕ

ОПРЕДЕЛЕНИЯ.....	4
УСЛОВНЫЕ ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ	5
ВВЕДЕНИЕ.....	6
РАЗДЕЛ 1 ПРОСПЕКТИВНОЕ МЫШЛЕНИЕ У ПАЦИЕНТОВ С АЗ: ОСНОВНЫЕ ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ.....	8
РАЗДЕЛ 2 ОСНОВНЫЕ ФОРМЫ НАРУШЕНИЙ ПРОСПЕКТИВНОГО МЫШЛЕНИЯ	11
2.1 ГЛОБАЛИЗАЦИЯ МОДЕЛЕЙ БУДУЩЕГО.....	11
2.2 ИНТРУЗИВНЫЕ СПОНТАННЫЕ ОБРАЗЫ БУДУЩЕГО («ФЛЕШ- ФОРВАРДЫ»)	14
2.3 НАРУШЕНИЯ РЕФЛЕКСИИ ДОЛГОСРОЧНОГО БУДУЩЕГО (ЖИЗНЕННОГО СЦЕНАРИЯ).....	17
РАЗДЕЛ 3 ДИАГНОСТИКА НАРУШЕНИЙ ПРОСПЕКТИВНОГО МЫШЛЕНИЯ	21
3.1 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ И ОПИСАНИЕ МЕТОДИК	21
3.3 ИНТЕРПРЕТАЦИЯ ДАННЫХ, ПОЛУЧЕННЫХ В ХОДЕ АНАЛИЗА ТЕКСТОВ САМООПРЕДЕЛЯЮЩИХ ПРОЕКЦИЙ, ПРЕДСТАВЛЕНИЙ О СОБСТВЕННОМ БУДУЩЕМ ЧЕРЕЗ ПЯТЬ ЛЕТ, А ТАКЖЕ СОБЫТИЙ «ЛИНИИ ЖИЗНИ»	27
РАЗДЕЛ 4 ПРАКТИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ДИАГНОСТИКИ.....	32
4.1 ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ДИАГНОСТИКИ.....	32
4.2 ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ДИАГНОСТИКИ.....	34
4.3 КОРРЕКЦИЯ АВТОБИОГРАФИЧЕСКОЙ ГЛОБАЛИЗАЦИИ И РАСШИРЕНИЕ ВРЕМЕННОЙ ПЕРСПЕКТИВЫ С ПОМОЩЬЮ ВАРИАНТА ТРЕНИНГА СПЕЦИФИЧНОСТИ.....	36
4.4 КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ РЕФЛЕКСИИ ДОЛГОСРОЧНОГО БУДУЩЕГО (ЗАВЕРШЕНИЯ СОБСТВЕННОГО ЖИЗНЕННОГО ПУТИ): ПСИХОТЕРАПИЯ ЖИЗНЕННОГО СЦЕНАРИЯ.....	43
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	45
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ	47
ПРИЛОЖЕНИЕ 1	53
ПРИЛОЖЕНИЕ 2	54

ОПРЕДЕЛЕНИЯ

В настоящем документе применяют следующие термины с соответствующими определениями:

Автобиографическая память – память на события личной жизни.

Глобализация – свехобобщение; нарушение мыслительной деятельности, выражающееся в неспособности к созданию ярких, подробных и конкретных моделей специфичных личных событий прошлого или возможных событий будущего, локализованных в определенном месте, времени, длительностью не более 24 часов, описывающих конкретный (эпизодический) опыт личности («первое свидание с будущей женой», «футбольный матч, в котором команда выиграла благодаря моему единственному голу»)

Жизненный сценарий – мало осознаваемый образ персонального жизненного пути человека и его завершения.

Исполнительские функции (исполнительский контроль) – когнитивные процессы, регулирующие, контролирующие и управляющие другими процессами: рабочая память, внимание, когнитивная гибкость, тормозной контроль, планирование, поиск и коррекция ошибок [7].

Культурный сценарий - знание о последовательности и времени наступления значимых и наиболее частотных событий в контексте идеального жизненного пути представителя данной культуры.

Проспективное мышление – способность формировать психические образы будущего и использовать их в процессе долгосрочного и краткосрочного планирования и принятия решений.

Рефлексия – осмысление оснований мышления, установление связей между когнитивным содержанием психики и результирующим поведением [20].

Флеш-форварды – спонтанные, непроизвольно и внезапно возникающие в сознании человека образы будущих событий.

УСЛОВНЫЕ ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ

АЗ – алкогольная зависимость

ЛЖ – методика «Линия жизни»

КС – методика «Культурный сценарий»

ПАВ – психоактивное(-ые) вещество(-а)

ПТСР – посттравматическое стрессовое расстройство

ВВЕДЕНИЕ

Расстройствами употребления алкоголя в мире страдают 283 миллиона человек [87]; в России на 2018 г. – 1,3 миллиона человек (около 1% численности населения) [8]. Данные проспективного исследования 151 тысячи человек в трех российских городах показали, что употребление крепкого алкоголя – одна из главных причин смертности населения, причем риск смерти в возрасте 35-54 лет в ближайшие 20 лет при употреблении менее 1 бутылки водки в неделю составил 16%, 1-2 бутылки – 20%, а 3 и более бутылок – 35% [24]. Проблема осложняется низкой обращаемостью за лечением и высоким отсевом из программ лечения расстройств, связанных с употреблением алкоголя, и, в частности, синдрома алкогольной зависимости (АЗ) [41; 43]. Так, в России до этапа стационарной реабилитации доходит 5,2% от числа проходивших стационарное лечение [13]. При этом эффективность лечения АЗ непосредственно связана с длительностью и успешностью завершения всех этапов терапии [2].

Согласно консолидированному определению, синдром зависимости представляет собой приобретенное заболевание мозга, связанное с изменением чувствительности нейронных сетей системы вознаграждения, которое приводит к нарушениям мотивационной системы, усилению условно-рефлекторного типа реагирования, соответствующему росту патологического влечения к психоактивным веществам (ПАВ) и негативному эмоциональному фону в случае их отсутствия, а также к дефицитам исполнительских функций (когнитивного контроля), увеличивающим вероятность рецидива [86]. Исследования факторов риска отсева пациентов подчеркивают роль не столько социально демографических, сколько патопсихологических параметров, и, в частности, нарушений мышления [41]. Среди них последовательно выделяют определенный набор преморбидных по отношению к АЗ нарушений, отражающих дефициты проспективного мышления (мышления о собственном будущем), такие, как сокращенная временная перспектива и преимущественная ориентация на настоящее, импульсивность, автобиографическое сверхобобщение (глобализация образов прошлого и будущего) и склонность к обесцениванию отдаленного во времени вознаграждения [49; 63; 66; 70]. Данные нарушения связаны с высоким риском принятия опасных и дезадаптивных решений, импульсивных и необдуманных действий, и могут вносить вклад в досрочное прекращение лечения, срывы и рецидивы АЗ [53].

Хотя отдельными авторами показано, что усилия по преодолению нарушений проспективного мышления у пациентов с АЗ, в частности глобализации образов будущего, а также расширение временной перспективы, в процессе психотерапии приводит к реконсолидации автобиографических воспоминаний, изменению модели будущего и улучшению параметров проспективного мышления [76; 78], данные интервенции до сих пор широко не

внедрены в практику наркологической помощи, в том числе из-за отсутствия доступных методических рекомендаций по их проведению.

Цель данных методических рекомендаций – описать клинику типичных нарушений проспективного мышления пациентов при представлении собственного будущего, методы диагностики и предложить возможные научно-доказательные психотерапевтические техники коррекции.

РАЗДЕЛ 1 ПРОСПЕКТИВНОЕ МЫШЛЕНИЕ У ПАЦИЕНТОВ С АЗ: ОСНОВНЫЕ ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ

Перспективное мышление (см. Определения) в литературе описывают различными терминами: «память будущего» (ПБ); перспекция; вероятностное прогнозирование; прояснение; эпизодическое моделирование будущих событий; антиципация и т.д. [14].

Нарушения перспективного мышления, или, по-другому, «антиципационная несостоятельность», «прогностическая некомпетентность» [9] и «миопия в отношении будущего» [44], по мнению ряда исследователей [63; 70; 86], в значительной мере обуславливают главную проблему АЗ, а именно неспособность пациента прерывать употребление, несмотря на информированность о возможных его негативных последствиях [58]. Это происходит из-за утраты пациентами с АЗ способности адекватно прогнозировать и планировать будущее: *визуализировать результат целеполагания, представлять альтернативные варианты развития событий, выбирать оптимальное решение проблемы, реализовывать намерения и планы*. Продемонстрировано, что склонность к рискованному принятию решений и предпочтение немедленного вознаграждения от употребления алкоголя отдаленным и практически «невидимым» позитивным последствиям трезвости определяется, *низкой ориентированностью на будущее - короткой временной перспективой* пациентов с АЗ, сфокусированных на гедонистических переживаниях настоящего момента [28]. Проявлениями дефицитов перспективного мышления у зависимых являются и серьезные *нарушения процесса эпизодического моделирования будущего* – пациенты не могут представить сцену конкретного, уникального события личного будущего и себя в ней [63; 64]; *ошибки вероятностного прогнозирования* – пациенты некорректно оценивают вероятность наступления того или иного события [5; 66]; *дефициты запоминания и извлечения воспоминаний о намерениях* [61]; *явления позитивной и негативной «срочности»* (импульсивное реагирование на эмоционально насыщенные позитивные или негативные события) [49]; *возникновение интрузивных (вмешивающихся) образов катастрофического будущего*, способствующего актуализации влечения к ПАВ [50; 60].

Нарушения перспективного мышления при АЗ объясняются с нескольких позиций. С одной стороны, интоксикация алкоголем приводит к функциональным нарушениям в работе нейробиологического субстрата перспективного мышления – *сети пассивного режима работы мозга* [39]. Поскольку эта сеть вовлечена в обеспечение декларативной памяти – важнейшего механизма перспективного мышления [71], неудивительно, что при АЗ продемонстрированы параллельные нарушения автобиографической памяти (АП) и мышления о будущем [26; 63]. Клинически это проявляется как в *бедности и обобщенности автобиографических воспоминаний*, так и в *неспособности пациентов с АЗ использовать прошлый опыт для*

прогнозирования будущего [63; 78]. С другой стороны, органические изменения в головном мозге приводят к усугублению имеющихся и формированию новых дефицитов исполнительских функций, и в частности, торможения импульсов и гибкого переключения внимания [86], что выливается в повышенную импульсивность и рискованное принятие решений. Более того, указанные поведенческие проявления дефицитов перспективного мышления сохраняются у пациентов с АЗ даже при формировании устойчивых ремиссий, особенно ярко проступая в сфере межличностной коммуникации [74]. В связи с этим можно выделить третью группу факторов, способствующих нарушениям перспективного мышления при АЗ – *социокультурных*. Так, в исследованиях отмечается специфическая для России, культурно-обусловленная траектория употребления алкоголя и подчеркивается его использование как средства социализации, формирования мужской идентичности и совладания с социальным давлением и стрессом [19]. В этой траектории семейным факторам отводится роль, скорее, стабилизирующих алкоголизацию в более зрелом возрасте, когда семья обеспечивает социальный контроль употребления спиртного (там же). В то же время, такие семейные факторы, как употребление алкоголя членами семьи, отсутствие родительского контроля над употреблением алкоголя и т.п., наоборот, относятся к достоверным факторам риска возникновения АЗ [10; 40], а некоторые модели семейного взаимодействия стимулируют злоупотребление алкоголем и рецидивы заболевания у выздоравливающих зависимых [10]. К последним могут относиться и модели, обуславливающие дефициты перспективного мышления. Так, в семьях подростков с наркоманиями был выявлен «устойчивый патогенный паттерн», связанный с дефицитами перспективного мышления родителей и детерминирующий зависимые формы поведения детей: антиципационная несостоятельность и такие черты личности как педантичность, конформность, подозрительность и фрустрированность родителей препятствовали развитию прогностической компетентности подростков [11].

Данные мало осознаваемые паттерны влияют на осознаваемые формы размышлений и формирования представлений о собственном будущем у пациентов с АЗ [18; 68; 82]. Это проявляется в противоречивом характере перспективного мышления пациентов с АЗ, у которых серьезные дефициты формирования намерений, прогнозирования и планирования трезвого образа жизни и соблюдения медицинских рекомендаций сочетаются с сохраненным ярким и конкретным моделированием позитивных последствий употребления, намеренным преодолением действия антиалкогольных фармакопрепаратов и опосредованной психотерапии, или планированием асоциальных и/или аутоагрессивных действий. О последнем свидетельствуют, например, прекращение лечения даже при использовании пролонгированных антагонистов опиоидных рецепторов [81] и высокие показатели алкогольных суицидов [87]. Такое дезадаптивное перспективное мышление можно было бы назвать недостаточно отрефлексированным, поскольку оно

определяются более автоматическими, малоосознаваемыми паттернами и формами проспективного мышления [18; 19; 73; 75]. В терминах когнитивной психологии последние обозначают как *автоматические когнитивные схемы, сценарии* и описывают как последовательность событий или действий в определенном контексте или ситуации; «предсуществующее» знание, разделяемое собеседниками [72] либо индивидуальные правила прогнозирования, интерпретации, реагирования и контроля над укрупненным набором сцен [84]. В исследованиях автобиографической памяти родственным понятием выступает *культурный сценарий* – общекультурное знание о последовательности и времени значимых и преобладающих событий идеального жизненного пути [30], а в психоаналитически-ориентированной психотерапии – *сценарий жизни* как жизненный план, основанный на решениях, принятых в детстве; подкрепленный родителями; оправданный последующими событиями и обретающий кульминацию в виде выбора определенной альтернативы [29]. В когнитивно-поведенческой психотерапии подобные паттерны описываются в терминах мало осознаваемых «схем» [34].

Указанные концепции сходятся в том, что сценарии формируются под влиянием социокультурных факторов и, в особенности, семейного окружения, и выступают в качестве схемы, с помощью которой человек организует свой опыт, в том числе проспективно. Согласно моделям двойного процесса, в ситуациях стресса, неопределенности или под влиянием алкоголя бессознательные и высоко автоматизированные сценарии могут обходить когнитивный контроль и стимулировать импульсивное и рискованное поведение [48].

Таким образом, пациенты с АЗ предпочитают размышлять о будущем в самых общих, зачастую абстрактных категориях («*все будет хорошо*», «*выйду на пенсию – заживу*») [63; 80], что помогает им справляться с тревогой и депрессией [64], и предпочитают использовать привычные автоматические когнитивные схемы или сценарии [76], застревая в «старых главах» собственной жизненной истории при размышлении о будущем [63]. Безрадостное, безнадежное будущее пациентов с АЗ, их «обреченность» [25; 64; 68] отражаются в представлениях родственников зависимых о специфическом для России культурном алкогольном сценарии, неизбежным финалом которого становится преждевременная смерть [23]. Трагические «финальные сцены» жизненного сценария иногда проживаются зависимыми пациентами в виде ярких непроизвольных образов будущего – «флешфорвардов», которые, будучи нагружены тревожными и порой суицидальными сценами, способствуют актуализации патологического влечения к алкоголю [45; 50; 60].

РАЗДЕЛ 2 ОСНОВНЫЕ ФОРМЫ НАРУШЕНИЙ ПРОСПЕКТИВНОГО МЫШЛЕНИЯ

2.1 ГЛОБАЛИЗАЦИЯ МОДЕЛЕЙ БУДУЩЕГО

Глобализация (сверхобобщение) автобиографического опыта— трудности респондентов в извлечении конкретных эпизодов автобиографических воспоминаний [15]. Выраженная глобализация наблюдается и в случаях, когда люди с различными психическими расстройствами размышляют о собственном будущем, моделируют возможные сценарии будущих событий [69]. Примеры глобализированных моделей будущего – самоопределяющих проекций у пациентов с АЗ и здоровых лиц [25] приведены в Таблице 1.

Таблица 1 – Примеры автобиографической глобализации в образах будущего пациентов с синдромом зависимости

Специфичные модели будущего (здоровый контроль)
Смерть родителей. Похороны матери или отца. Кладбище. Я стою и понимаю, что больше никогда их не увижу.
Издание моей книги. Длительно вынашиваемая идея реализована, и вот я презентую книгу, где отражены мои идеи, опыт моей работы, отзывы людей, с которыми я создавал её.
Защита диссертация. Приглашены коллеги, друзья, родные. В зале для защиты диссертаций всё прошло без запинок, по регламенту. Речь отточена, мой голос звучит уверенно, все тезисы аргументированы, а выводы значимы. Звучит речь Директора, в которой он озвучивает часть моего профессионального пути, которая ему в той или иной степени знакома. Все со знаком "плюс". Мне важно. Маме приятно, и это мне тоже важно. Смотрю на научных руководителей. Ах да, видимо, лишь на одного из них... Он гордится, мне это важно. Впереди у меня большое будущее, и дело не в защите диссертации, нет. Я просто вовремя одумалась и нашла себя. Как всегда, "влетела в последний вагон", но удачно. Теперь должность, полномочия помогать людям именно так, как я этого хотела: многим, весомо, сразу. У меня получается, я это люблю, а значит каждый день значим, каждый день приносит счастье. Теперь я счастлива
Прогулка с любимым. Поздняя весна, все цветет. Мы спокойно гуляем с собакой по берегу реки, недалеко от дома. Разговариваем, смеемся, планируем, куда поедем в выходные
Глобализованные модели будущего (пациенты с синдромом зависимости)
Недвижимость. Хочу побыстрее продать недвижимость свою и разобраться со всеми долгами в этом году. Потому что все настолько это влияет на мое состояние, что голова едет. и из-за этого срывы с алкоголем. Надеюсь, все получится, и я никогда сюда не вернусь.

Продолжение Таблицы 1

Вернуться к нормальной жизни (чтобы у семьи все было хорошо)
Факты на башне. В результате собственной глупости и предательства близкого человека остаюсь видимо бомжом. Попробую пережить и это. Если можешь сделать хоть один вздох - борись!
Бросить пить. Хотелось бы не оказаться вновь в клинике, а занять престижную должность в нормальной компании, и воздерживаться от соблазна употреблять алкогольную продукцию.
Бросить пить. Хочу бросить пить, так как уже устал. Довольно долго употреблял наркотики и перешел на алкоголь. Теперь самостоятельно не могу остановиться. Я часто ложусь в больницу из-за алкоголя и хочу это остановить, чтобы родственники и коллеги относились ко мне как раньше.
Покупки. Ситуация в мире достаточно удручающая, и испортила множество моих планов. В частности, это касается выставок, концертов и киносеансов. Это отложило многие мои поездки на неопределенный срок. Но верю и надеюсь на то, что старт продаж Sony Playstation 5 состоится в срок.
Мое будущее. После выписки отмечу свой день рождения, потом устроюсь на работу. Куплю телефон и сниму квартиру

Как следует из таблицы 1, глобализованные модели будущего у пациентов с АЗ характеризует низкая яркость события, отсутствие его четкой локализации во времени и пространстве, «обедненность» конкретными деталями, абстрактность и семантический характер описания, сниженное переживание эмоций. Для пациентов с АЗ также типично преимущественное извлечение абстрактных семантических, имеющих характер общего знания, а не эпизодических деталей, то есть они моделируют образы будущих событий, исходя из чувства их «знакомости» (так, как событие могло происходить с ними ранее), а не переживают данную сцену так, как если бы сами находились в ней [26]. **Глобализация моделей будущего, предположительно, приводит к трудностям постановки целей выздоровления, планирования и реализации лечебного процесса пациентами с АЗ и может негативно отражаться на результатах лечения.**

Так, в одном из наших исследований продемонстрирована связь автобиографической глобализации и продолжительности ремиссии [18]. Было показано, что негативный эффект глобализации, выражающийся в вытеснении специфичных автобиографических событий стандартными, культурально-ожидаемыми событиями («женитьба», «рождение детей», «пенсия», и др.) сказывался на продолжительности ремиссий. Процесс глобализации отражается и в моделях собственного будущего, которое предположительно должно наступить через пять лет и в текстах самоопределяющих проекций обследованных пациентов. Многие пациенты (особенно с безре-

миссионным течением АЗ) моделируют глобализованные образы, мало соотносящиеся с реальностью, свидетельствующие об определенной некритичности: *«Если все получится, могу даже стать президентом России, перевестись на другую работу. Опыт есть, заняться своим делом ... , хочу обучить сына»*; *«Счастливый, без алкоголя, семья, чтобы было хорошо во всех сферах»*; *«Стабильная работа, новая семья»*; *«Финансовая независимость, рождение ребёнка, постройка своего дома»* и т.д.

Исследование показало, что замещение автономной рефлексии будущего и моделирования конкретных образов культуральными клише, по-видимому, затрудняет реконсолидацию старого и интеграцию вновь поступающего опыта в автобиографическую память, что приводит к невозможности гибко реагировать на новые ситуации, четко планировать свои действия в условиях стресса.

2.2 ИНТРУЗИВНЫЕ СПОНТАННЫЕ ОБРАЗЫ БУДУЩЕГО («ФЛЕШ-ФОРВАРДЫ»)

Спонтанные, то есть без произвольных усилий внезапно возникающие в сознании человека яркие образы собственного будущего описаны в клинике различных психических расстройств [50]. Как правило, содержанием указанных «вспышек предвосхищения» (англ. flash-forwards, «флеш-форварды», по аналогии с феноменом «флешбэков», хорошо исследованных у пациентов с посттравматическим стрессовым расстройством (ПТСР)), являются сцены собственной случайной или преднамеренной смерти у суицидентов [45]; вероятные ситуации социального неуспеха, столкновения с предметом фобии при тревожных расстройствах [47]; антиципация проникновения загрязняющих агентов под кожные покровы при обсессивно-компульсивном расстройстве [31]. Описаны и явления претравматического стресса у солдат, вызываемого спонтанными образами будущих военных действий [36], причем наличие подобных «флеш-форвардов» оказывается прогностичным для возникновения симптомов ПТСР по факту военного столкновения. Кроме того, возникновение спонтанных образов будущего ассоциировано с большей выраженностью тревожных расстройств и депрессии, суицидальными мыслями и попытками, аутоагрессивными действиями [50]. Когнитивным механизмом возникновения «флеш-форвардов» предположительно являются определенные искажения эпизодического моделирования [35], возможно, связанные с нарушениями процессов торможения, которые не позволяют предотвратить непроизвольное возникновение дезадаптивных образов будущего в ответ на неочевидный стимул. Поскольку «флеш-форварды» часто отражают центральные конфликты или аспекты психического расстройства (сцены смерти при депрессии и парасуицидах, угрожающий объект при фобии, переалистичные цели в маниакальной фазе биполярного расстройства и др.), некоторые авторы относят их к имплицитным когнициям – плохо осознаваемым и носящим автоматический характер – оказывающим отсроченный эффект на возникновение нежелательного поведения, суицидальной попытки или акта самоповреждения или употребления психоактивного вещества [27; 35].

«Флеш-форварды» описаны у пациентов с синдромом зависимости от алкоголя, в основном, в рамках отдельных клинических случаев [75], при этом многими исследователями и практикующими психотерапевтами подчеркивается потенциальная негативная роль спонтанных образов будущего в срыве ремиссии у пациентов с зависимостями [60]. В ходе поперечного исследования проспективного мышления у пациентов с АЗ [18] по результатам полуструктурированного интервью факты возникновения спонтанных (то есть внезапных, непроизвольных) образов собственной смерти отметили 26% (16 человек) участников. Большинство из них (14 человек) от-

мечали, что смерть в данных образах будущего может быть связана с употреблением алкоголя (конфликты в состоянии опьянения, нападение, цирроз и т.д.). Фактор наличия спонтанных образов алкоголь-связанной смерти оказывал отрицательное влияние на длительность максимальной ремиссии пациентов с АЗ. Полученные данные коррелируют с результатами эмпирических исследований [50; 45] роли «флеш-форвардов» в актуализации эмоциональных расстройств, а также несуйцидального и суйцидального аутоагрессивного поведения, как и ряд наблюдений, описанных в рамках исследований клинических случаев аутоагрессии у пациентов с синдромом зависимости от алкоголя [75]. С функциональной точки зрения спонтанные, не осознаваемые до момента своего возникновения яркие образы смерти или травматичных событий «предупреждают» человека о возможном наступлении негативного события [35]. Вместе с тем, их можно рассматривать и как автоматическую манифестацию (разрядку напряжения по К. Левину [56]) неактуализованных аутоагрессивных намерений, то есть проявление деструктивных когнитивных схем по типу «Если я прекращу пить, я умру», «Если что-то пойдет не так, я всегда могу убить себя (алкоголем)», составляющих основу негативного когнитивного смещения у пациентов с суйцидальными тенденциями [34].

Клинический пример: Пациент Г., 42 года, безработный, судим, провёл в колонии 5 лет. Длительность АЗ – 17 лет. Синдром отмены сформирован через 7 лет (средняя прогрессивность). Периодическая форма употребления: регулярность 3 X 30 дней. Систематическое употребление опиоидов - 2 года с 23 до 25 лет. После отказа от опиоидов в колонии (спонтанная ремиссия опиоидной зависимости – 17 лет) возобновил употребление алкоголя. Неоднократно предпринимал попытки самостоятельного отказа от алкоголя: уезжал в монастырь (на 1, 3, 6 месяцев, 1 и 2 года). Первые 3 раза уходил после актуализации влечения и возобновления употребления алкоголя. Последние 2 года в монастыре соблюдал трезвость (максимальный трезвый период). 13 эпизодов медицинского лечения. Сроки стационарного лечения не выдерживал: в «линсейных» отделениях оставался не более 2-3 дней, в реабилитации – не более месяца. После выписки возобновлял употребление алкоголя в короткие сроки. Терапевтические ремиссии после «кодирований» в сумме составили 22 месяца.

Сообщает о неоднократном возникновении ярких образов собственной смерти во время нахождения в монастыре:

«Как сам умер я видел. Причем это получалось у меня неоднократно. Меня убивали – я отлетал туда наверх, возвращался. Меня опять убивают – я опять отлетаю. Прямо как реальность была какая-то: то таким способом убьют, то задушат, то это самое начинают вырезать что-то – а я все равно возвращаюсь и возвращаюсь обратно в тело. По-моему, видел это трезвым... Как сон, но очень четко... Был в монастыре».

В тюрьме внезапно представил, сколько лет осталось по всем статьям (в дальнейшем также сообщал, что представлял себя в крови), возникла *«страстная мысль»* о суициде, попытался вскрыть вены чужой *«заточкой»* (*«начал себя кромсать»*). Услышав спокойный голос сокамерника, о том, что эта заточка - *«для хлеба»*, к Р. пришло осознание о том, *«как дальше жить»*. Суицид был прерван, больше мысли о нем не возникали.

2.3 НАРУШЕНИЯ РЕФЛЕКСИИ ДОЛГОСРОЧНОГО БУДУЩЕГО (ЖИЗНЕННОГО СЦЕНАРИЯ)

Различные психотерапевтические подходы [29; 34; 51; 88] позволяют изменять представляемое (а впоследствии и фактическое) будущее пациента, в основном, с помощью осознания и реконсолидации психического прошлого (воспоминаний). Улучшение психического и социального благополучия человека происходит за счет рефлексии мыслительных процессов, их «глубинных оснований или определенных исходных представлений» [20, С. 110], а также поиска и отработки способов их перестройки для создания новых моделей мышления и изменения связанных эмоциональных и поведенческих паттернов. Способность к *рефлексии* содержания своей психики отражает такие психологические конструкты как *ментализация, теория психического, самореферентный процесс, рефлексивное сознание, социальный интеллект* и другие. Она тесным образом связана и со способностью к проспективному мышлению – поскольку ни то, ни другое немыслимы без сознательного усилия к децентрации – смещению фокуса с текущей позиции «Я» на другие возможные точки зрения [71]. Способность к рефлексии у людей с АЗ значительно нарушена: они не рассматривают проблему (в том числе самой АЗ) с альтернативных точек зрения, не способны к распознаванию и пониманию эмоций собеседников и своих психических состояний [32]. Тяжесть нарушений рефлексии закономерно нарастает с тяжестью симптомов АЗ и депрессии [32] и определяет негативные результаты лечения, например, досрочный уход из терапии [51]. Предположительно, пациенты с АЗ, способные к вербализации и рефлексии долгосрочных, личностно значимых представлений о собственном будущем, отражающих базовые убеждения об их жизненном пути, а также к вербализации общего автобиографического знания (история семьи, семейные легенды, любимые детские произведения), составляющего семантическую опору жизненного сценария, способны к поддержанию более длительных ремиссий по сравнению с пациентами, не рефлексирующими на тему своей жизненной истории и будущего [18].

Как указывалось в предыдущих разделах, у пациентов с АЗ наблюдаются *трудности моделирования долгосрочного будущего*, связанные с уже описанной нами автобиографической глобализацией и укороченной временной перспективой (когда пациенты не могут представить события будущего, выходящие за пределы среднего периода в 1 год) [18; 19; 25]). Указанные трудности удивительным образом проявляются в неспособности большинства (60%) пациентов к формированию произвольных моделей завершения своего жизненного пути («финальной сцены» или фантазировании о смерти) и даже высказыванию предположений о ней. Между тем, пациенты с АЗ имели тяжелые соматические заболевания, переживали алкоголь-связанную смерть близких и были открыто проинформированы (в рамках 12-

шаговой программы и психообразования) о наиболее вероятном трагическом исходе зависимости – смерти. Оставшиеся 40%, строившие предположения о своей смерти, высказывали большое число разнообразных вариантов «финальной сцены» - от естественной смерти в старости до гибели в результате убийства. В ходе корреляционного и регрессионного анализа была установлена значимая статистическая взаимосвязь между параметрами длительности ремиссии и параметрами, характеризующими долгосрочные представления о будущей жизни и будущей смерти. Так, высказывание ожиданий внезапной, быстрой и «легкой» смерти благоприятно сказывалось на продолжительности максимальной ремиссии; рефлексия предполагаемого возраста смерти – на продолжительность ремиссии в течение двух лет, предшествовавших обследованию; наличие ранних смертей партнеров/детей - на индекс ремиссии (отношение продолжительности ремиссий к продолжительности заболевания). То есть, при наличии данных факторов - рефлексии собственной смерти, обдумывании и моделировании ее возможных вариантов - у пациентов наблюдалась и способность к формированию и поддержанию более длительных ремиссий. Предположительно, большая рефлексия завершения собственного жизненного пути способствует коррекции обесценивания значимости событий долгосрочного будущего, чего не происходит у пациентов, не размышляющих о смерти.

Примеры представлений о долгосрочном будущем в выборках пациентов, формирующих и не формирующих длительные ремиссии на протяжении заболевания, представлены в Таблице 2:

Таблица 2 - Примеры долгосрочных представлений о собственном будущем у пациентов, формирующих и не формирующих длительные ремиссии

Пациенты без ремиссий	Пациенты с длительными ремиссиями
Ожидания в отношении причины смерти <i>(Можете ли представить свою смерть? Похороны? Как, по какой причине Вы умрете? В каком возрасте Вы умрете? Возраст смерти по «Линии жизни»)</i>	
<ul style="list-style-type: none"> – «До 80-и лет. От старости» – «Похороны и горе близких представить не могу». «До ста лет, умру от скуки» – «На то Господня воля» – «Не знаю» – «Сколько наверху отмеряно, столько и проживу». – «На все Воля Божья, сколько отмеряно – только ему известно» – «Никто не может ответить на этот вопрос, у каждого своя судьба» – «Проживу лет до 50, я думаю – сердце» – «Нет мыслей... 70 лет. Сердце» 	<ul style="list-style-type: none"> – «Все мы когда-нибудь умрем, я просто спокойно отношусь. Другое дело – из-за чего. Я об этом никогда не задумывался. Да и сейчас в общем-то редко... Не хотел бы умирать в тягость кому-то. Лежать больной. Я просто посмотрелся...Мне бы так не хотелось, конечно. Сколько проживу, столько проживу... «До пенсии не доживу» - распространенное такое послание. У нас в роду – все за 70». – «А вот об этом я не думаю. Абстиненция там будет, сердце остановится, еще что-нибудь. Не ищу каких-либо вариантов, но если я начну употребление в таком стиле, то организм даст сбой».

<ul style="list-style-type: none"> – «Никогда не задумывался» – «Думаю, что умру во сне; лет в пределах 70-75 (когда буду беспомощным – не хотелось бы быть в тягость близким). Цыганка три раза нагадала, что умру в возрасте 59-63 лет» – «Своей смертью в 75 лет» – «Усну и не проснусь, дома в кровати. Лет в 82» – «Не задумывался, не думал о камне» – «Я не думаю об этом и не хочу» – «Я буду жить еще 100 лет... Еще три года, если буду употреблять» – «Достойно, в 67 лет... Усталость организма». – «Я так далеко не заглядываю, просто не знаю и не могу представить». – «Будущее в руках Божьих, и я не смею гадать». 	<ul style="list-style-type: none"> – «По моему мнению я умру на мотоцикле, честно... Опыт вождения мотоцикла есть, но вот непосредственно свой мотоцикл – это мечта. Но понимаю, что это незащищенное транспортное средство..., и я знаю..свою жажду скорости, очень велика вероятность такого исхода...С мотоциклом [проживу] до 50. Хотя если 50...то я смогу в итоге спокойно ездить. Без мотоцикла - 60-70». – «50 лет. До пенсии не доживу... Несчастный случай... Жизнь опасная для жизни штука... Нарушаю правила, которые обычно не нарушают. Однажды сшиб автобус... Раз 5-6 чудом спасался» – «Стареньким, активным, во сне, как дед. Наверное да, я проецирую, скорее всего. Проживу до глубокой старости. Я верю в силу геннов...За 90...» – «Отец и дед умерли примерно в 66 лет... буду болеть, не уверен, что буду активно лечиться. Каждый год, прожитый сверх этого возраста, буду считать бонусом». – «Если третья мировая – умру героически. Если бы не употреблял... до 100 бы дотянул». – «В 60-63 года... До пенсии, наверное проживу, скорее всего, от цирроза печени»
<p>Долгосрочное планирование («Какой Вы представляете жизнь через пять лет?») или долгосрочная самоопределяющая проекция (от 2 лет)), если есть.</p>	
<ul style="list-style-type: none"> – «Работа в той же, музейной сфере, либо в целом в области культуры, истории на более высокой должности, известность как один из лучших гидов Москвы, либо тихая замкнутая жизнь на Севере, на метеостанции, либо парусным матросом на корабле» – «Не знаю» – «Приблизительно такой же, может женюсь; глобальных планов - переезд, что то может случиться - нет» – «Без понятия. Я не знаю» – «Счастливой, без алкоголя. Семья, чтобы было все хорошо во всех сферах» – «Семья, дети, во всех отношениях успешность» – «Будет хорошая жизнь, поеду в деревню, заведу хозяйство, поеду с сожительницей, не буду расписываться» 	<ul style="list-style-type: none"> – «Мотоцикл у меня уже точно будет. Семьи новой нету. Квартира всё та же, но уже с новой обстановкой. Не скажу, что высокая должность какая-то. Во всяком случае перспективная работа, где есть карьерный рост, к которому я стремлюсь, достаточно зарабатываю, чтобы на жизнь было, на мотоцикле путешествовать. В нормальных позитивных отношениях с сыном, на тот момент уже с бывшей женой, тоже отношения поддерживаются» – «Эпизод из будущего – очень часто мысль, когда я работаю на кого-то, заходит начальство, я им говорю: «Здравствуйте, Иван Иванович», а они мне – привет. А теперь у меня такое чувство, что теперь я хочу заходить, а мне говорили: «Здравствуйте, Иван Палыч» - а я им «Привет»... Хочу быть начальством. Пока не позволяет... алкоголизм». – «Сфера деятельности та же. Тим-лид. С девушкой все будет хорошо, поженимся и будем нормально жить. Со стороны родителей – отец будет пенсионер... я приду к тому, что смогу про себя сказать «ты мужик»».

<ul style="list-style-type: none"> – «Работа, ближайшая пенсия, нормальная семейная жизнь без пристрастия к вредным привычкам» – «Дом, работа, хорошая машина, падеюсь, с семьей, возможно, дочь» – «Через 5-7 лет. Рождение Внука. Счастье» – «Время покажет» – «Однообразная» – «Семья, я не пью, работаю, у меня все хорошо» – «Вижу через пять лет жизнь счастливой» 	<ul style="list-style-type: none"> – «Очередной мой ученик поступит в очередной раз в МГУ... Кто-то поступит в финансовую академию, тоже неплохо. Кто то поступит в военное училище, шикарно... Кого-то из курсантов наградят...там...какой-то правительственной наградой. Тоже приятно. У нас с женой будет еще больше счастья, дай Бог. Еще больше взаимопонимания». – «Второй ребенок. Гасим ипотеку (там немного – лимон пятьсот), будем выходить в проект покупки своего жилья. Тоже ипотека. Но это нюансы и детали. Надеюсь, будет еще возможность заработать не отдельными заказами, а полноценно. Материальное представление, хочется чего-то еще, замутить проект прикольный, подвигов насOVERшать».
---	--

РАЗДЕЛ 3 ДИАГНОСТИКА НАРУШЕНИЙ ПРОСПЕКТИВНОГО МЫШЛЕНИЯ

3.1 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ И ОПИСАНИЕ МЕТОДИК

Диагностика вышеописанных нарушений мышления о личном будущем пациентов с АЗ может проводиться с помощью качественных психодиагностических методик и естественным образом встраиваться в лечебно-реабилитационный процесс в ходе психотерапии или психологического консультирования, не образуя для пациентов стрессовой (а для кого-то фрустрирующей) ситуации психологического эксперимента. Изучение представлений о личном будущем следует проводить в рамках клинической беседы, дополняемой графическими и проективными методиками, позволяющими собрать достаточный для анализа нарушений перспективного мышления материал. По сути, основной задачей подобных диагностических вмешательств является сбор вербального материала (нарративов) пациентов, отражающих их представления о собственном кратко- и долгосрочном будущем и способность к их рефлексии. Анализ полученного материала может осуществляться как непосредственно в ходе психотерапевтической работы (при наличии достаточного опыта), так и постфактум, с дальнейшим обсуждением результатов анализа с пациентом.

Такие нарушения перспективного мышления как **укороченная временная перспектива и автобиографическая глобализация** могут выявляться с помощью анализа результатов выполнения методик «Линия жизни» [12], «Исследование самоопределяющих проекций» [37] (бланки методик представлены в Приложениях 1 и 2) и «Культурный сценарий» [4]. Они ориентированы на исследование событий, имеющих высокую личностную значимость для пациентов, вследствие чего пациенты более мотивированы к их выполнению.

«Линия жизни» [12] используется для изучения представлений пациентов о личном будущем в рамках репрезентации собственного жизненного пути. Пациентам предлагают поставить отметку возраста, в котором сейчас находится участник, на бланке формата А4 с уже нарисованной линией и отложить от нее значимые для него события прошлого и будущего, располагая их над или под линией, в зависимости от окраски (позитивная – над чертой, негативная – под) и интенсивности (чем больше расстояние до линии – тем интенсивнее переживается событие) связанного эмоционального переживания (Приложение А). «Линия жизни» позволяет оценить *количественные* (количество событий прошлого/будущего, количество событий детства и др.), *феноменологические* (эмоциональную интенсивность и окрашенность) и *содержательные* (наличие и частота событий прошлого/будущего, количество событий из жизни других людей, количество специфичных/глобализованных событий, различные факты будущей жизни и др.) параметры автобиографической памяти и перспективного мышления.

Методика исследования самоопределяющих проекций будущего (СПБ) [37] используется для оценки личностно-значимых образов будущего, часто моделируемых в воображении и отражающих центральные жизненные темы или конфликты личности. Ознакомившись с определением СПБ, испытуемые записывают (или могут воспроизводить событие устно под диктофонную запись для дальнейшего анализа) одно из таких событий, которое с большой вероятностью могло произойти с ними в будущем, на бланке (Приложение В). Участников просят указать временной промежуток до наступления СПБ (**временная дистанция/временная перспектива**) и оценить его феноменологические параметры – яркость переживания, эмоциональную валентность, частоту моделирования, значимость для идентичности – по семибалльной шкале (от наименьшей выраженности/позитивности параметра (-3) к наибольшей (+3)).

Методика «Культурный сценарий» (КС) [4; 30] используется для исследования социокультурных аспектов проспективного мышления и сформированности образа идеального, культурально-одобряемого образа жизненного пути у пациентов с АЗ. Испытуемых просят назвать 7 событий, которые могли бы произойти с ребенком того же пола, родившегося в тот же день и в той же стране, что и испытуемый, и оценить их вероятность, важность и эмоциональную валентность по семибалльной шкале. Сравнение профилей КС и ЛЖ (количество событий КС на ЛЖ) проводится для обнаружения отклонений в процессе освоения пациентами с АЗ культурных норм и выявления несоответствий между культурными и индивидуальными представлениями пациентов с АЗ о будущем. Процент событий КС на ЛЖ используется как маркер автобиографической глобализации.

Нарушения рефлексии долгосрочного будущего (жизненного сценария) можно изучать, собирая повествовательный материал с помощью вышеупомянутых методик «Линия жизни» и «Самоопределяющая проекция» (в случае, если они содержат достаточно удаленные от настоящего момента события – в перспективе от 2 лет), либо отдельных вопросов полуструктурированных анамнестических и биографических интервью [3; 21; 54], ориентированных на исследование представлений о долгосрочном будущем пациентов, в том числе, завершения собственного пути:

- (1) Какой Вы представляете свою жизнь через пять лет?
- (2) Как, по какой причине Вы умрете?
- (3) В каком возрасте Вы умрете? (До какого возраста Вы доживете?)
- (4) Можете ли Вы представить свою смерть? Похороны? Если да, то опишите эту сцену.

Данные вопросы рекомендуется задавать на фоне сформированного рабочего альянса (3-6 встреча) с пациентом в контексте доверительной клинической беседы / психотерапевтической работы.

3.2 КОНТЕНТ-АНАЛИЗ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ О БУДУЩЕМ

Анализ содержания полученного материала, отражающего представления пациентов о собственном будущем, проводится на основании метода обработки и кодирования автобиографических нарративов Singer & Blagov [77] для оценки специфичности; руководства Thorne & McLean [83] для оценки тематического содержания (темы «Угроза жизни и здоровью», «Достижение», «Отдых и/или исследование», «Стыд и/или вина», «Употребление ПАВ», «Отношения», «Не классифицируемое»); понятия межличностной и внутриличностной ориентации нарративов [65], описывающего преимущественную ориентацию текста на внутриличностные переживания и изменения либо опыт отношений с другими людьми.

Таблица 3 - Исследование событий будущего: примеры и определения анализируемых категорий (на основании руководств Singer & Blagov, [77]; Thorne & McLean, [83])

КАТЕГОРИЯ	ПАРАМЕТРЫ
Внутриличностная / межличностная ориентация	Внутриличностная ориентация события – события сфокусированы главным образом на самой личности («Я»), отношения с другими вторичны. Я – как центральное действующее лицо события будущего, вне отношений с другими людьми, либо отношения с людьми воспринимаются как фоновые. Другие значимые люди не упоминаются в тексте «Ориентированные на отношения» – сфокусированы на личности (Я) в отношениях с другими, либо вообще на других людях/объектах. Отношения с другими выходят на первый план либо занимают важное место в повествовании. Могут подниматься проблемы отделения, воссоединения, признания
Тематика событий (какая тема выходит на первый план в повествовании)	
Угроза жизни	<ul style="list-style-type: none"> – Смерть, заболевание, травма другого человека/животного – Несчастный случай/болезнь испытуемого – Физическое насилие (к себе/другим) – Сексуальное насилие или попытка (к себе и другим) – Неклассифицируемая угроза <p><i>Примеры - смерть, несчастные случаи, нападения, тяжелые эпизоды физического или психического заболевания</i></p>
Отдых / исследования	События сосредоточены на развлекательных мероприятиях: хобби, вечеринки, танцы, путешествия, отдых или виды спорта. Акцент ставится на отдыхе, игре или исследованиях, а не на достижениях («выиграл приз за прыжки с парашютом»), вопросах безопасности или отношениях. Если попытка отдыха затруднена, но препятствие не угрожает жизни, такое событие тоже относится к категории отдыха. Сюда же относятся духовные моменты, которые оформлены как моменты сами по себе, а не как решение об изменении своей жизни (в таком случае - это достижение). <i>Примеры - родео, битва пирожными, шутка, бегание голым в поле цветов; прекрасная прогулка, стрельба из ружья, открытие удоволь-</i>

КАТЕГОРИЯ	ПАРАМЕТРЫ
	<i>ствий от чтения, ловля рыбы, сломала палец в походе (но было прикольно); сбежала из дома на концерт, прыжки с парашютом, переживание неожиданного духовного момента или пика опыта</i>
Взаимоотношения	События сфокусированы на межличностных связях. Отношения имеют некоторую историю или эмоционально влияют на других людей. Темы таких повествований могут подчеркивать приближение, отдаление или сопротивление другому человеку. Может присутствовать конфликт. Примеры: <i>первая любовь, расставание, развод родителей, примирение, близость, разлука, межличностные отношения, конфликт</i>
Достижения	События, которые подчеркивают свои собственные или групповые / семейные усилия по достижению физических, материальных, социальных или духовных целей, независимо от результата. Включают в себя стремление к достижению цели, формированию навыка или выбору пути в жизни. Сюда относится и принятие обязательств по изменению образа жизни. Появление ребенка может быть и угрожающим событием (опасные для жизни роды), и событием отношений (акцент ставится на семейных отношениях, благодарности мужа, радости родственников и т.д.), и достижением (в зависимости от основного фокуса высказывания). Примеры: <i>выиграть соревнование, научиться ездить на велосипеде, сдавать, успешно сдать или провалить экзамен; поступить в колледж, осознание принадлежности к своему этническому наследию; трудоемкие, но не опасные для жизни роды; принятие новой религии или решение жить духовной жизнью, совладание с желаниями (контроль над телом); популярность; снять брекетсы; понимание, что хочешь иметь детей; новая жизнь в иммиграции.</i>
Стыд/вина; хороший/ плохой поступок	События, в которых проблема правильного или неправильного поведения акцентируется больше, чем другие; человек явно переживает что-то как правильное и/или как неправильное. Повествование включает такие слова как «вина», «стыд» или «стыдно» или каким то образом передает угрызения совести за свои действия. Повествование может подчеркивать, что вы решили поступить правильно в ситуации, когда можно было бы поступить неправильно. Основное внимание уделяется ответственности личности за неправильный поступок. Иногда респондент решает измениться под влиянием этого события (в лучшую сторону). «Неправильный поступок» может не показаться серьезным эксперту, но точка зрения респондента должна быть основной. <i>Примечание:</i> как правило, чувство смущения к данной категории не относится. Примеры: <i>вина за то, что забеременела, за ложь, за то, что обидела кого-то; решение не украсть или украсть что-нибудь и испытать угрызения совести; принятие морального или этического решения поступать правильно в настоящем или в будущем.</i>
Употребление ПАВ	События, связанные с употреблением наркотиков, алкоголя или табака с целью отдыха, острых ощущений или, возможно, суицидальными целями. Событие может иметь положительный или отрицательный исход Примеры: <i>впервые курю сигареты или марихуану, принимаю психоделики или опиаты, нахожусь в состоянии опьянения, передозировка, арест за покупку наркотиков.</i>
Не классифицируемое	Событие не попадает ни в одну из перечисленных категорий
Специфичность (насколько конкретно или обобщенно содержание события)	

КАТЕГОРИЯ	ПАРАМЕТРЫ
<p>Специфичное</p>	<p>Уникальное, непродолжительное по времени событие, длится не более суток. Предполагается, что имеет определенную дату и время. Воспринимается как непрерывное целое. Обычно состоят из нескольких связанных утверждений об одном событии, представляющем собой непрерывную последовательность переживаний и действий, которые происходят однократно и непродолжительны по времени. Часто указываются время и место, приводится много деталей, что позволяет представить обстановку и действующих лиц этого конкретного события. Участники идентифицируются по именам или другим признакам и описываются через диалог, эмоциональные реакции, действия, внешний вид, физическое местоположение и другие атрибуты. Специфика деталей варьируется от чисто описательных до рефлексивных фантазий о будущем, в которых говорящий «выходит» за пределы повествования, чтобы предоставить контекстную информацию и сделать выводы о значимости события. Более широкая контекстная информация может встраивать специфичное событие в более общее повествование вне времени и места конкретного инцидента. Как правило, рождение, смерть, брак, развод, выборы и т.д. не считаются специфичными событиями, если только не удовлетворяется критерий непродолжительности по времени, то есть если не описывается конкретный день/момент рождения или смерти, похорон или свадьбы.</p> <p>Примеры специфичных событий - «Первый раз поеду на велосипеде. Будет яркий солнечный день...». «Представляю момент, когда зазвучит свадебный марш, и я при всех поцелую невесту...» Сравните с глобализованными событиями - «Научусь кататься на велосипеде и когда-нибудь обгоню своего брата», «Женюсь, и жена родит мне детей».</p>
<p>Неспецифичные события (глобализованные)</p>	<p>Продолженное – развитие в течение нескольких дней или более продолжительных периодов времени («первый год учебы в университете», «первые месяцы после переезда», «последний год в школе», «период безработицы», «отпуск»). В таких описаниях отсутствуют какие-либо утверждения о специфических событиях. Если упоминается, что что-то происходит в определенный день, то это происходит лишь в рамках развития повествования, и описание будущего лишено ярких деталей, утверждений о сильных переживаниях, важности и времени события. Такие утверждения могут быть, однако будут относиться к более общему событию продолжительностью более суток или с неясной продолжительностью. Событие может быть единым целым (например, поездка в отпуск) или может состоять из нескольких связанных общих событий, которые превращаются в сюжетную линию. В целом, нарратив представляет собой обобщенное повествование о последовательных событиях, которые происходят на протяжении относительно длительного времени (начиная с 2 суток). Повествование о восприятии и действиях обобщается и сливается с повествованием о контексте.</p> <p>Примеры продолженных событий - «Я приму участие в гонке Тур-де-Франс. Представляю, как мчу по горной дороге. На ночь останавливаемся в специальных спортивных кемпингах. Утром гонка продолжается». «Сразу после свадьбы отправляемся в путешествие. Посетим Рим, Париж, Венецию. Каждый день буду делать жене сюрприз» Сравните с глобализованными событиями - «Научусь кататься на велосипеде и когда-нибудь обгоню своего брата», «Создам семью. Женюсь и жена родит мне детей. Мы будем их воспитывать».</p>

КАТЕГОРИЯ	ПАРАМЕТРЫ
	<p>Собственно глобализованное/обобщенное – совокупность повторяющихся похожих событий. Описание будущего состоит из эквивалентных событий, которые продолжаются в течение временных интервалов, которые не идентифицируются в тексте нарратива. Эти интервалы времени могут иметь одинаковую продолжительность, особенно когда они зависят от природных циклов («каждую зиму»). События сливаются в некие обобщенные конгломераты и содержат одинаковые символы, отношения, события и эмоции. Повествование может содержать событие, которое приводится как пример того, какими являются остальные события, однако акцент остается на абстракции повторяющегося опыта.</p> <p>Примеры - «В будущем я планирую завести собаку, гулять с ней каждый день. Собака-лучший друг человека» «Я построю дом и буду устраивать в нем вечеринки».</p>
<p>Интеграция смысла (осмысление)</p>	<p>Интеграция смысла подразумевает отклонения от темы, которые содержат какие-то выводы о значении события в жизни человека, иное осмысление события, сопутствующих переживаний. Часто встречаются такие слова «Это послужило/послужит мне уроком...», «Это событие важно, потому что...», «В результате этого события я сделал/сделаю такие-то выводы».</p> <p>Примеры: Без интеграции смысла: «Я открою булочную и буду печь лучшие пончики в мире», «В отпуск я поеду на Байкал. Я очень люблю купаться в холодной воде».</p> <p>С интеграцией смысла: «Я открою булочную и буду печь лучшие пончики в мире. Я буду рад, что занимаюсь любимой работой. Делать людей счастливее – это то, к чему я всю жизнь стремился, и с открытием булочной я пойму, что этого достиг», «В отпуск я поеду на Байкал. Я очень люблю купаться в холодной воде. В здоровом теле – здоровый дух. Заплыв в ноябрьском Байкале станет для меня испытанием, пройдя которое я узнаю, чего я стою».</p>

3.3 ИНТЕРПРЕТАЦИЯ ДАННЫХ, ПОЛУЧЕННЫХ В ХОДЕ АНАЛИЗА ТЕКСТОВ САМООПРЕДЕЛЯЮЩИХ ПРОЕКЦИЙ, ПРЕДСТАВЛЕНИЙ О СОБСТВЕННОМ БУДУЩЕМ ЧЕРЕЗ ПЯТЬ ЛЕТ, А ТАКЖЕ СОБЫТИЙ «ЛИНИИ ЖИЗНИ»

Оценка степени дифференцированности

В норме во всех методиках от респондентов ожидается извлечение специфичных, то есть уникальных, непродолжительных по времени (от нескольких минут до нескольких часов, но не более суток) событий, воспринимаемых как непрерывное целое), содержащих достаточно большое количество разнообразных деталей, относящихся к данному событию (цепочка связанных событий/действий, описание обстановки и времени, цвета, вкуса, внешнего вида, запаха окружающих предметов, других действующих лиц и т.д.). Кроме того, в норме специфичные события должны содержать фразы, свидетельствующие об осмыслении происходящего респондентом в рамках его/ее жизненного контекста, соответствующие главным темам или конфликтам его жизни; рефлексии значения события для дальнейшей жизни. На «Линии жизни» ожидается преобладание уникальных специфичных, либо, в меньшей степени, продолженных, но не глобализованных событий. При соотнесении с событиями персонального «Культурного сценария» большинство событий «Культурного сценария» должны в той или иной форме присутствовать на «Линии жизни», однако не должны вытеснять уникальные жизненные события индивида.

В случае выраженной автобиографической глобализации (фактора риска непродолжительных ремиссий, срывов и рецидивов АЗ) события носят обобщенный, глобальный характер, в них практически отсутствуют конкретные детали) либо вместо событий, относящихся непосредственно к описываемому событию, приводятся внешние, несвязанные с основным событием действия или абстрактные рассуждения (см. примеры в Таблице 1).

Выпадение большинства событий «КС» из «ЛЖ» свидетельствует о несформированности у респондентов образа идеального жизненного пути и диссоциации образа собственного жизненного пути с общепринятым в данной культуре. Как правило, выявляется в случаях отклоняющегося поведения (в том числе при синдроме зависимости). В случае, если вместо уникальных событий «Линии жизни», на графической репрезентации собственного жизненного пути присутствуют только ограниченные события персонального «КС», это рассматривается как маркер автобиографической глобализации и более тяжелого течения зависимости в плане нарушения способности к формированию ремиссий.

При выявлении глобализации перспективного мышления у пациентов с АЗ рекомендуется использовать упражнения, ориентированные на усиление специфичности (конкретности, яркости) создаваемых моделей будущего.

Оценка тематического содержания

В норме ожидается, что личностно значимые события предполагаемого будущего носят преимущественно позитивную окраску (хотя не исключаются и вероятные значимые негативные события – такие как болезни и/или смерть родственников, увольнение (смена работы), смерть/госпитализация респондента и др.). Тематически они, как правило, связаны с проблематикой достижений, межличностных отношений, отдыха или исследований.

В случае респондентов с АЗ ожидается преимущественное выявление событий, связанных с межличностными отношениями (как позитивных – *«восстановлю отношения с родными»*, так и негативных – *«останусь один, все от меня откажутся»*), негативно окрашенными событиями на тему «Достижений» (*«увольят», «потеряю все деньги», «фирма прогорит»*).

Отсутствие позитивных, внутриличностных (ориентированных на собственный рост и достижения, в которых повествование фокусируется на личности говорящего, а не других людях) либо наличие преимущественно негативных моделей будущего может сигнализировать о выраженной безнадёжности пациентов с АЗ – общепризнанном маркере суицидальности [22].

Наличие у проходящих лечение АЗ пациентов моделей будущего, связанных с употреблением ПАВ (например, проекций о предстоящих праздниках, юбилеях, которые можно было бы категоризировать, как тематически относящиеся к темам отдыха либо отношений, если бы пациент не имел диагноза АЗ), несмотря на позитивную (*«будет юбилей сына – закачу праздник, будет шампанское, вино, все будут веселиться»*) или негативную окраску (*«излечусь от принятия вещества, порядком надоела вся эта гадость, к примеру где ни купишь вещество, хоть в дорогом магазине, там все равно налита какая-то отравка»*), должно восприниматься как маркер высокого риска непродолжительных ремиссий и срыва, наличие актуального влечения к алкоголю и корректироваться в рамках мотивационных воздействий.

Наличие у респондентов моделей будущего, связанных с угрозой жизни, может рассматриваться с разных сторон:

(1) в случае, если это событие связано с рефлексией завершения собственного жизненного пути, его осмыслением, то это может свидетельствовать и о более благоприятном прогнозе в плане становления и поддержания ремиссии для данного пациента

(2) в случае, если это событие связано с угрозой жизни и здоровью для другого человека (в том числе со стороны самого пациента – модель мести) либо самого пациента (но пациент не осмысляет значения события, а наоборот выражает сильные негативные чувства в его отношении), требуется более тщательное исследование и обсуждение роли события в жизни пациента, связанных ожиданий и опасений. Наличие моделей алкоголь-связанной смерти может свидетельствовать о более плохом прогнозе в плане становления ремиссии для данного пациента. Наличие моделей смерти в результате суицида требует проработки аутоагрессивных тенденций, возможно, кризисной интервенции или составления плана безопасности [22].

Оценка временной перспективы

Протяженность временной перспективы респондента можно оценить по возрасту последнего события будущего на «Линии жизни» (насколько далеко респондент «видит» свое будущее). Случаи, когда на «Линии жизни» имеются события будущего, но респондент затрудняется датировать их, следуют считать признаком нарушения временной перспективы. Кроме того, о протяженности временной перспективы пациента косвенно свидетельствует временная дистанция самоопределяющей проекции будущего – насколько отдалено значимое для идентичности респондента событие, а также способность сформулировать представления о жизни через пять лет.

В норме создание моделей долгосрочного (от 2 лет) будущего не должно быть затруднено. В случае, если по большинству методик респондент демонстрирует неспособность к моделированию долгосрочного будущего, рекомендуется дополнительная психометрическая оценка временной перспективы (например, с помощью «Опросника временной перспективы Зимбардо» [16]) и выполнение упражнений, ориентированных на расширение временной перспективы.

Интерпретация данных, полученных в ходе анализа моделей завершения собственного жизненного пути (рефлексии собственной смерти)

В норме вербализация представлений о завершении собственного жизненного пути в контексте сформированного рабочего альянса между специалистом и респондентом не должно быть затруднено. Как правило,

предъявляются социально-приемлемые и культурально ожидаемые причины смерти («своей смертью в старости, лет в 80, в постели, в окружении детей и внуков»). Пациенты с АЗ могут описывать «финальные сцены» и причины смерти, так или иначе, связанные с употреблением алкоголя («умру от цирроза», «если не брошу пить, то умру скоро. Несчастный случай»).

О высоком риске непродолжительных ремиссий, срывов и рецидивов АЗ свидетельствуют:

- неспособность к вербализации ожиданий в отношении своей смерти и продолжительности жизни (не могут назвать ни вероятную причину, ни возраст смерти, отказываются от разговора на эту тему);
- предъявление формальных ответов («Один Бог знает», «сколько отмерено – столько и проживу», «на все воля Божья», «так далеко не заглядываю»);
- наличие амбивалентных моделей завершения жизненного пути: «Если продолжу пить – умру через два месяца, если остановлюсь – проживу до 120 лет».

Особого внимания требуют модели, содержащие картины насильственной смерти и самоубийства. С такими пациентами рекомендуется проводить антисуицидальную терапию.

Спонтанные образы смерти

В рамках клинической беседы также собираются данные о наличии спонтанных образов собственной смерти. Для этого можно использовать следующие вопросы:

- Переживали ли Вы яркие спонтанные (внезапно возникающие, вмешивающиеся) образы или мысли о собственной смерти?
- Как часто это происходит?
- Что это за образы или мысли? Опишите их.
- Когда Вы переживали такой образ/мысль последний раз? Опишите его/ее.
- Что или какие специфические события / состояния происходили в течение двух недель-месяца после возникновения этого образа / мысли?

Подходы к интерпретации ответов. В норме респонденты, как правило, не сообщают о наличии таких интрузивных образов или мыслей о будущей смерти, либо описывают ситуационно обусловленные единичные события («На вершине холма подошла к краю и представила, что падаю вниз. Было страшно»).

Респонденты, сообщающие о наличии частых сцен собственной, как правило, насильственной смерти, входят в группу риска тревожных расстройств, депрессии и суицида. Такие респонденты нуждаются в дополнительной диагностике и соответствующей психотерапевтической работе. В частности, если респондент сообщает о недавних ярких образах («картинках») собственной смерти, это может говорить о высоком риске суицидальной попытки в ближайшем будущем [45].

Респонденты, сообщающие о наличии произвольных образов алкоголь-связанной или алкоголь-индуцированной смерти (*«открыл холодильник за водкой и вдруг представил, что напьюсь до смерти»*), входят в группу риска непродолжительных ремиссий АЗ и нуждаются в дополнительной мотивационной работе.

РАЗДЕЛ 4 ПРАКТИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ДИАГНОСТИКИ

Результаты диагностики могут использоваться как для прогнозирования возможного исхода лечения и качества ремиссии пациентов; наличия коморбидных расстройств и др., так и в терапевтических целях.

4.1 ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ДИАГНОСТИКИ

О более негативном прогнозе в плане формирования ремиссии при АЗ могут свидетельствовать:

- выраженная автобиографическая глобализация: абстрактные, обобщенные, обедненные конкретными деталями модели будущих событий, которые невозможно локализовать во времени и пространстве;
- замещение уникальных событий прошлого и будущего стереотипными событиями «Культурного сценария» в развернутой репрезентации жизненного пути на «Линии жизни»;
- отрицание собственной смертности, отказ обсуждать темы собственной смерти и смерти близких в процессе клинико-терапевтического интервью на фоне установившегося рабочего альянса;
- трудности с формулированием возможной причины и возраста смерти;
- наличие образов будущего, связанного с употреблением психоактивных веществ и, в частности, алкоголя;
- наличие спонтанных образов / моделей собственной смерти (в том числе алкоголь-связанной);
- короткая временная перспектива (неспособность представить события за пределами 1 года).

О риске эмоциональных (тревожных и аффективных) расстройств и суицидальном риске могут свидетельствовать:

- наличие преимущественно глобализованных негативных, пессимистичных представлений о собственном будущем при отсутствии позитивных, ориентированных на собственные достижения моделей будущего; либо отсутствие (блокада) проекций будущего – риск депрессии и суицида;

- наличие преимущественно ярких специфичных негативных событий будущего при сравнимом объеме позитивных; более обобщенный характер позитивных событий по сравнению с негативными – риск тревожного расстройства;
- высокая частота ярких негативных спонтанных образов негативных ситуаций в будущем (не обязательно с угрозой для жизни) – риск тревожного расстройства;
- яркий, запомнившийся спонтанный образ собственной смерти (как правило, насильственной или неестественной) – риск суицидального поведения.

4.2 ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ДИАГНОСТИКИ

Материал, полученный в ходе диагностики, вписанной в естественный процесс психотерапии/психологического консультирования, можно использовать в следующих направлениях:

(1) Неспецифическое использование:

В качестве вспомогательного стимульного материала (особенно, если у пациента нет выраженных нарушений проспективного мышления):

- как отправная точка для укрепления рабочего альянса между специалистом и пациентом и начала / продолжения мотивационной работы (**Пример интервенции:** *«Вы смоделировали очень яркий и позитивный образ будущей жизни через пять лет. Я словно бы сам перенесся в эту сцену, когда Вы описывали ее. Безусловно, у Вас есть талант рассказчика. И еще важнее, что у Вас есть талант переносить себя в будущее – это редкий дар, который может помочь Вам в выздоровлении. Давайте вместе с Вами составим план, как Вы сможете добиться того, чтобы Ваш образ воплотился в жизнь»*);
- при исследовании специфических запросов пациента, усилении мотивации к продолжению лечения и для профилактики рецидива (Примеры интервенций: *«Какую роль сыграл алкоголь в Вашем предстоящем увольнении с работы?» «Какие шаги Вы можете предпринять, чтобы купить машину к 2023 г.? Как Ваше заболевание может помешать Вам в этом?»* и др.);

(2) Специфическое использование:

При наличии выраженных нарушений проспективного мышления полученный материал используют при выполнении заданий для их непосредственной коррекции и в качестве первичного образца при отслеживании динамики:

- Коррекция автобиографической глобализации и расширение временной перспективы с помощью специальных когнитивных техник: тренинга специфичности [67; 78] на основе текста самоопределяющей проекции или представлений о долгосрочном будущем (2-5 лет); формирования имплементационных намерений [52]; разработки «карточек совладания» [6], где фиксируется возможное негативное событие, правила поведения и меры помощи при его наступлении и т.д.
- Коррекция нарушений рефлексии долгосрочного будущего (завершения собственного жизненного пути) с помощью знакомых специали-

сту когнитивных техник различных подходов (когнитивно-поведенческая, диалектическая бихевиоральная, схема-терапия, транзактный анализ, рациональная психотерапия и другие) и техник семейной психотерапии через прояснение семейной истории (выявление и рефлексия паттернов продолжительности жизни и причин смерти в семье пациента в ходе построения генограммы [62]) и повышение осознания собственной смертности в ходе клинической беседы (например, с использованием провитального интервью [21]).

- Коррекция аутоагрессивных тенденций (в случае выявления ожиданий, связанных с насильственным или аутоагрессивным завершением жизненного пути): заключение антисуицидального контракта и составление «плана безопасности» [1].

4.3 КОРРЕКЦИЯ АВТОБИОГРАФИЧЕСКОЙ ГЛОБАЛИЗАЦИИ И РАСШИРЕНИЕ ВРЕМЕННОЙ ПЕРСПЕКТИВЫ С ПОМОЩЬЮ ВАРИАНТА ТРЕНИНГА СПЕЦИФИЧНОСТИ

Автобиографическая глобализация и укороченная временная перспектива у пациентов с АЗ препятствуют полноценному переживанию «психического путешествия в будущее» [85], затрудняя осознанное планирование, моделирование позитивных результатов и принятие решений в отношении лечения и поддержания трезвости. Это необходимо учитывать при организации лечения, например, при формировании плана «постлечебных» и противорецидивных мероприятий, который желательно фиксировать в виде письменной договоренности о целях, сроках, методах и результатах лечебно-реабилитационной работы, а также четко определять и фиксировать на бумаге план кризисных мероприятий в случае срыва, рецидива либо актуализации аутоагрессивного поведения. Тем не менее, для усиления эффективности данных мер предлагается корректировать дефициты перспективного мышления уже на этапе стационарного лечения и реабилитации. Указанные техники могут применяться в работе с пациентами, не имеющими грубых органических поражений головного мозга, тяжелого амнестического синдрома и выражающими добровольное согласие на выполнение предлагаемых упражнений. Данные техники целесообразно применять не ранее, чем на 14 день трезвости, чтобы избежать дополнительного токсического воздействия алкоголя на функции автобиографической памяти.

Вариант тренинга специфичности моделирования образов будущего

Тренинг специфичности моделирования образов прошлого и будущего способствует преодолению автобиографической глобализации, усилению чувства присутствия и позитивного эмоционального переживания моделируемой сцены, фасилитации творческого решения задач, стимулирует воображение и усиливает чувство контроля над будущей ситуацией [33; 59]. В исследовании эффективности усиления специфичности моделей будущего в выборке пациентов с зависимостями [78] участникам предлагалось смоделировать 5 позитивных событий будущего по определенному алгоритму для 5 периодов (от суток до 1 года). Затем участники выполняли компьютерное задание, в котором им предлагалось выбрать из вариантов гипотетического мгновенного или *большого*, но отсроченного вознаграждения, а также задание на гипотетическую покупку алкоголя, во время которых участникам предъявлялись сгенерированные ими события будущего. Эпизодическое моделирование значительно изменяло выбор респондентов в пользу *больших* отложенных вознаграждений и снижало потребность в употреблении алкогольных напитков. Фактически, происходило расширение времен-

ной перспективы участников – они учились осознавать вес последствий текущего выбора в долгосрочном периоде. Накопительный эффект эпизодического моделирования будущего на уменьшение обесценивания будущего вознаграждения был подтвержден в дальнейших исследованиях, где было показано, что величина эффекта тренинга специфичности была прямо связана с количеством повторений создания конкретного образа будущего события [67].

В работе с пациентами с АЗ, прошедшими вышесописанную диагностику нарушений перспективного мышления, предлагается использовать сформированные пациентами в ходе диагностики тексты самоопределяющих проекций (лично-значимых событий) или долгосрочных представлений о будущем в качестве стимульной основы для проведения тренинга специфичности. Специалист использует эти тексты, изменяя их содержание так, чтобы они выглядели как стимульные фразы (Таблица 4).

Таблица 4 – Примеры формирования стимульных фраз из текстов самоопределяющих проекций будущего

Оригинальная проекция	Возможный стимул
Покупки. Ситуация в мире достаточно удручающая, и испортила множество моих планов. В частности, это касается выставок, концертов и киносеансов. Это отложило многие мои поездки на неопределенный срок. Но верю и надеюсь на то, что старт продаж Sony Playstation 5 состоится в срок.	<ul style="list-style-type: none"> – Я наконец-то иду в магазин и покупаю Sony Playstation 5. – Я присутствую на новом концерте своей любимой группы. – Через полгода* я буду сидеть в аэропорту в ожидании вылета в место, которое давно планировал посетить
Мое будущее. После выписки отмечу свой день рождения, потом устроюсь на работу. Куплю телефон и сниму квартиру	<ul style="list-style-type: none"> – Я отмечаю свой день рождения с близким другом. – Я покупаю себе новый телефон, который давно хотел, в магазине
Вернуться к нормальной жизни (чтобы у семьи все было хорошо)	<ul style="list-style-type: none"> – После выписки жена встречает меня радостной новостью. – Я покупаю жене дорогой подарок. – Я иду с детьми на новое театральное представление
Примечание - *Срок события в стимуле можно вначале не указывать, и если пациент во время первой попытки не обозначит его сам, задать соответствующий вопрос и включить время наступления события в следующую попытку моделирования.	

Данные стимулы предъявляются пациентам после инструктажа. Образец инструктажа для пациентов, сформировавших и не сформировавших тексты проекций будущего, представлены ниже:

Инструкция для пациента, который предоставил текст самоопределяющей проекции (независимо от наличия и длительности временной дистанции) или иного долгосрочного образа будущего (например, жизнь через пять лет):

«В прошлый раз / только что (в зависимости от момента проведения тренинга) Вы представляли значимые события Вашего личного будущего. Сейчас я предлагаю Вам описать похожие события еще раз, но немного по-другому. Прослушайте инструкцию, как нужно описывать эти события:

В ответ на событие, которое я Вам назову, представьте событие Вашего личного будущего - уникальное событие, которое будет происходить в конкретном месте, в конкретное время и будет длиться непродолжительное время, не более суток). Это событие должно быть значимым для Вас и реалистичным. Опишите его как можно подробнее, как если бы Вы описывали его незнакомцу, чтобы незнакомец смог представить его так же подробно и ярко, как и Вы. Например, на мою фразу «Я буду играть в футбол 24 августа в 12.00», Вы могли бы представить, например, следующую сцену:

«Я очень люблю футбол и регулярно участвую в любительских футбольных матчах. Вот и в следующее воскресенье, 24 августа, состоится новый футбольный матч. В 12 часов дня я вместе со своей командой в форме вратаря выйду на просторное футбольное поле на местном стадионе. Будет приятная, чуть прохладная, но солнечная и сухая погода. Футбольное покрытие слегка хрустит под моими шиповками. Ребята одеты в белую форму, а я - в форме вратаря со всеми атрибутами. Трибуны, на которых собрались наши друзья и близкие – я вижу свою жену и сына – взрываются шумом аплодисментов и громко подбадривают нас. Я в предвкушении предстоящей игры, мои руки чуть запотели, а колени дрожат, но это приятное волнение. Сейчас прозвучит свисток арбитра. Игра начнется, и я покажу всем, чего я стою. Я так долго к этому шел».

Понятна ли Вам задача? Вы можете задать мне любые вопросы. Если Вам все понятно, то тогда Вам необходимо представить и как можно подробнее описать следующее событие: «Я наконец-то иду в магазин и покупаю Sony Playstation 5»»

В случае, если пациент не смог представить ни одного долгосрочного события в ходе предшествующей диагностики, можно попросить его представить любое вероятное событие будущего на стимул, предлагаемый исследователем. Стимулом может выступать любое приятное/позитивное, вероятное и значимое для пациента событие, о котором пациент мог упомянуть во время клинической беседы (встреча с женой, день рождения сына, первый день ребенка в школе, перевод в реабилитационное отделение/центр), либо которое он указал на «Линии жизни» или в «Культурном сценарии», однако формулировать данное событие необходимо максимально конкретно. Например, пациент указывает на «Линии жизни», что планирует через несколько месяцев «женитьбу». Это глобализованное событие, поэтому стимул к моделированию мог бы звучать так: *«Я ставлю подпись в свидетельстве о браке»* или *«Я и моя невеста участвуем в свадебной фотосессии»*.

Инструкция для пациента без самоопределяющей проекции или долгосрочного образа будущего:

«Представьте определенное событие Вашего личного будущего - уникальное событие, которое будет происходить в конкретном месте, в конкретное время и будет длиться непродолжительное время, не более суток). Это событие должно быть значимым для Вас и реалистичным. Опишите его как можно подробнее, как если бы Вы описывали его незнакомцу, чтобы незнакомец смог представить его так же подробно и ярко, как и Вы» (далее текст полностью соответствует инструкции для пациента с проекцией)... Если Вам все понятно, то тогда Вам необходимо представить и как можно подробнее описать следующее событие: *«Я ставлю подпись в свидетельстве о браке»*»

Далее пациент предпринимает первую попытку смоделировать предлагаемое событие будущего. Время попытки не ограничено. Пациент может остановиться, когда дойдет до субъективно ощущаемого логического конца. Специалист одновременно с выполнением задания пациентом фиксирует его высказывание на бумаге (с согласия пациента можно также использовать средства аудиозаписи для более точного отображения вербального материала и отслеживания динамики в дальнейшем). После того, как пациент остановился, специалист дает обратную связь – получилось ли у пациента смоделировать конкретное (специфичное) событие. Обратная связь должна быть доброжелательной, конструктивной и не содержать критики, стимулировать пациента к продолжению выполнения задания.

Примерная структура обратной связи по выполнению задания:

<p>I. Подстройка и эмпатическое отражение: указать на самую сильную сторону (похвалить) пациента, показать, что Вы понимаете важность события и цените работу пациента</p>	<p>«Когда Вы описывали это событие, я поняла, что оно очень важно для Вас»</p> <ul style="list-style-type: none"> – «Мне очень понравилось, как вдумчиво Вы отнеслись к этому заданию и не стали торопиться, медленно подбирали правильные слова» – «У Вас замечательные способности к художественному слову – Вы используете очень красивые метафоры» – «Это замечательный план / намерение!» – «Какое красивое представление о будущем у Вас получилось!»
<p>II. Мотивирование и рабочий альянс: подчеркнуть важность дальнейшей работы</p>	<p>«То, что Вы сделали сейчас – первый шаг на Вашем пути к изменению Вашего будущего»</p> <p>«Это задание очень важно для восстановления Ваших мыслительных функций, которые пострадали из-за употребления вещества. Ученые доказали, что такие упражнения позволяют улучшить память и быстрее думать, вернуть самоконтроль, помогают людям добиваться задуманного, ставить и достигать цели. И самое главное – позволяют останавливать себя в желании возобновить употребление вещества. Очень важно при этом не просто думать о будущем, мечтать о счастье, а делать это правильно. Это мы и будем делать с Вами вместе»</p>
<p>III. Оценка: показать пациенту, что получилось, а что не получилось при моделировании</p>	<p>«Вы очень ярко описали эмоции. Обстановку и время события я не смогла также ярко представить по Вашему описанию»</p> <p>«Вы описали очень классные большие цели – покупка машины, квартиры. Это такое обобщенное описание, мне было все равно сложно представить эти вещи ярко – потому что я понимаю их по-своему, а Вы – по-своему.»</p>

Давайте попробуем выбрать что-то одно, какую-то маленькую сцену, чтобы она длилась не более часа-двух, и Вы опишите ее. Что Вы предложите?»

«Мне даже захотелось отправиться с Вами в эту чудесную поездку на Байкал. Вы описали все эти события так ярко и красочно! Я не очень поняла, когда будет происходить это событие и сколько оно длится. Как я уловила, это двухнедельный тур? А нам нужно зафиксироваться на событии, которое будет длиться не больше суток. Даже 1-2 часа. На какой сцене из описанного Вы могли бы остановиться и описать поподробнее?»

Когда пациент выбирает сцену для описания (если у него не получилось представить конкретное событие с первого раза), его просят описать ее повторно, и вновь фиксируют письменно. Процедура повторяется до тех пор, пока пациент не сформулирует специфичное событие. Оно может не быть ярким и подробным, однако должно быть локализовано во времени и месте и длиться не более суток.

Затем пациента просят представить эту сцену (ничего не говоря). Специалист задает дополнительные вопросы, ориентированные на разные области восприятия [78], о представляемой сцене, и фиксирует ответы. Цель исследователя – добиться максимально конкретного и подробного описания сцены от пациента.

«Итак, представьте эту сцену у себя в голове еще раз (даст минуту-две).

– Когда будет происходить то, что Вы описываете? (В каком месяце, в какое время суток – в зависимости от того, что пациент описывал ранее)

– Что будет происходить?

– Что будете делать Вы?

– Кто будет с Вами в этой сцене?

– Где Вы находитесь? В какой обстановке?

– Что Вы будете видеть?

– Какие звуки / слова Вы будете слышать?

– Какие вкусы Вы будете ощущать?

– Какие запахи Вы будете слышать?

– Как Вы и те, кто с Вами в этой сцене, выглядят?

– Что Вы чувствуете?»

Затем пациента просят воспроизвести эту сцену еще раз с учетом того, что он представлял, когда слышал указанные вопросы. Полученную сцену специалист вновь фиксирует. После ответа пациента специалист задает вопросы, на которые не получил ответа в воспроизведенной модели будущего, и дает поощряющую обратную связь пациенту, показывая, что удалось, над чем еще необходимо работать, и вновь подчеркивая важность выполнения этого упражнения. У пациента также просят обратную связь в отношении того, как ему было выполнять задание, что было легко / сложно, приятно / неприятно, какой смысл пациент видит в выполнении данного упражнения, что пациент узнал для себя и/или о себе, выполняя данное упражнение. В качестве домашнего задания пациента просят воспроизводить смоделированную сцену вслух или у себя в голове каждый раз в определенное время дня и когда он почувствует сильное влечение к алкоголю и фиксировать это в дневнике.

В условиях стационара целесообразно проверять выполнение данного упражнения при каждом визите специалиста посредством ознакомления с дневником пациента. При этом необходимо обсуждать с пациентом имевшие место эпизоды выполнения задания в моменты актуализации влечения: важно совместно с пациентом оценить и подтвердить то, помогает ли это упражнение снижать патологическое влечение и эмоциональное напряжение.

Во время следующего визита рекомендуется обсудить и выбрать вместе с пациентом значимое и максимально реалистичное позитивное событие личного будущего пациента и повторить процедуру моделирования с усилением специфичности. Домашнее задание остается прежним.

В рамках долгосрочной психотерапевтической / консультационной работы с хорошим терапевтическим альянсом возможна работа и по усилению специфичности негативных образов будущего (увольнение, предстоящий переезд, смерть или болезнь близкого человека), вызывающих опасение у пациентов с АЗ. Однако в условиях стационара она не представляется достаточно безопасной и нуждается в дополнительной эмпирической проверке.

4.4 КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ РЕФЛЕКСИИ ДОЛГОСРОЧНОГО БУДУЩЕГО (ЗАВЕРШЕНИЯ СОБСТВЕННОГО ЖИЗНЕННОГО ПУТИ): ПСИХОТЕРАПИЯ ЖИЗНЕННОГО СЦЕНАРИЯ

Рефлексия – осмысление глубинных оснований мышления, установление связей между когнициями и результирующим поведением и, за счет этого, обретение способности к саморегуляции [20].

Рефлексия жизненного сценария.

Проведенное исследование проспективного мышления показало важность рефлексии автобиографического нарратива (повествования человека о собственном автобиографическом опыте) так, чтобы стала осознанной его мало осознаваемая (имплицитная) сторона а в наших случаях это мало осознаваемые обобщенные сценарные схемы, например, семантическое знание о причинах и возрасте смерти, ожидания, связанные с реакциями на определенные события, исходом собственной судьбы, передаваемые из поколения в поколения в устной форме (сказки, семейные легенды и секреты)¹ и в форме неосознаваемых обеими сторонами установок через присвоение ребенку «особого» имени (в честь умершего родственника или знаменитости), фетишизацию определенных дат и чисел². Любая психотерапия, ориентированная на инсайт (осознание) ранее «забытого», недоступного сознанию материала, предполагает извлечение этого нового материала, и если речь идет об автобиографической памяти, - встраивание новой информации в автобиографический нарратив так, что старое представление о себе и своем жизненном пути (если информация особенно значима) изменяется: наступает момент *изменения или реконструкции предшествующего знания о себе*. В процессе реконсолидации нового знания происходит экспрессия генетического материала новых нейронных сетей: нейронные сети, соответствующие опыту, предшествующему инсайту, перестраиваются и вероятность изменения финальной сцены сценария повышается [42]. В контексте проспективного мышления, при этом, теряет смысл прорыв неподконтрольных сознательному регулированию интрузивных воспоминаний о «старой» финальной сцене (модели собственной смерти) – флэш-форвардов. Другими словами, чем больше вновь осознанного и отрефлексированного материала мы интегрируем в свою автобиографическую память, тем больше возможностей мы имеем для изменения своего будущего.

Самый простой пример: когда пациент в ходе работы над построением своего семейного древа (генеграммой) в ходе биографического интервью [21; 54] начинает понимать, что одинаковые мужские имена в семье по линии отца ассоциируются с безвременной алкогольной смертью (*прайминг*

¹ Данное явление можно обозначить как скаффолдинг – создание семантической опоры, которая впоследствии используется при моделировании собственных образов будущего.

² Данное явление можно обозначить как прайминг – фиксирование

имени), он имеет две возможности: (1) усилить контроль, возможно и фармакологический, за потреблением спиртного, смоделировав специфичный образ конечного результата и составив четкий план по его реализации (включить осознаваемое – эксплицитное - проспективное мышление) и / или (2) начать процесс смены своего имени (изменить имплицитную составляющую проспективного мышления).

В большинстве случаев имплицитное проспективное мышление оперирует сложными и многоаспектными сценарными схемами – скаффолдами, как например, скаффолд имплицитной идентичности «потребителя алкоголя» [46], связанный со сложной системой отношений внутри родительской семьи и условиями сознательной и бессознательной коммуникации матери и ребенка. В этих случаях алкогольный сценарий жизни, утрачивая исключительно психологический контекст, соответствует психологической единице – АЗ в ее биопсихосоциальной ипостаси и, следовательно, предполагает известное разнообразие терапевтических подходов [1].

Вместе с тем, рефлексия жизненного сценария, его отдельных малоосознаваемых семантических опор (например, представлений о финале собственного жизненного пути), может быть важным фактором в лечении и достижении стойких ремиссий у пациентов с АЗ.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Любая лечебно-реабилитационная работа с зависимыми от алкоголя людьми призвана оптимизировать их будущее за счет улучшения психического и физического здоровья, качества и продолжительности жизни, расширения и оздоровления разного рода коммуникативной активности. Между тем, и работа с индивидуальными представлениями о будущем у пациентов в наркологической клинике имеет хорошие перспективы: формирование или улучшение навыков моделирования четких образов будущей деятельности и ее результатов (прогнозов, планов, намерений), рефлексии негативных, сверхобобщенных и абстрактных, зачастую клишированных, препятствующих выздоровлению идей о важных будущих событиях собственного жизненного пути; расширение временного горизонта планирования будущей деятельности; усиление способности «тормозить» возникновение тревожащих, вызывающих влечение к употреблению психоактивных веществ либо совершению самодеструктивных действий непроизвольных образов будущего – все это обладает выраженным противорецидивным эффектом.

В разработанных методических рекомендациях описана клиника нарушений проспективного мышления у пациентов с синдромом зависимости и выделены соответствующие мишени диагностики и терапии:

- глобализация (сверхобобщение) образов персонального будущего, не позволяющая ставить четкие цели и планировать их достижение, подкрепляющая дезадаптивные способы совладания с негативными эмоциональными состояниями и обеспечивающая большую доступность стереотипных схем-сценариев, изменяющих восприятие пациентов и ограничивающих их способность к осознанному принятию решений в отношении своего выздоровления и поддержания трезвости;
- укороченная временная перспектива, ограничивающая горизонт планирования пациентов с синдромом зависимости, способствующая их фокусу на эмоционально ярких гедонистических переживаниях настоящего момента, а также негативных, травматичных либо, наоборот, связанных с позитивными эффектами употребления алкоголя воспоминаниях, при обесценивании отдаленных последствий употребления либо выгод от поддержания трезвого образа жизни;
- интрузивных опережающих катастрофических представлений о конце жизненного пути, способствующих актуализации аутоагрессивного радикала пациентов и запускающих аутоагрессивные действия;
- недостаточной способности к рефлексии прошлого и будущего автобиографического опыта, которая не позволяет пациентам устанавли-

вать причинно-следственные связи между внешними событиями, событиями собственной психической жизни (эмоциями, мыслями) и поведением, в том числе, алкогольсвязанным.

Предложены простые в использовании, непродолжительные по времени и удобные для пациентов и специалистов методы диагностики и содержательного анализа указанных нарушений проспективного мышления, которые могут использоваться в практике медицинского психолога, врача психиатра-нарколога, психотерапевта, с целью определения значимых мишеней индивидуальной или групповой психотерапии, психологического консультирования и психообразования, а также позволяют структурировать психосоциальные вмешательства в среднесрочной перспективе.

Приводятся конкретные методики усиления проспективного мышления за счет формирования навыков моделирования полноценных образов будущего. Данные методики включают когнитивный тренинг усиления специфичности проспективного мышления, который можно использовать как в формате индивидуальной терапии, так и – в адаптированном варианте – в качестве задания для самостоятельной отработки пациентом. Помимо достижения специфических целей данные методики позволяют усилить терапевтический альянс и создать общее терапевтическое пространство, в котором терапевт способен отразить, а пациент – осознать дефициты собственного проспективного мышления (нарушения прогнозирования, постановки намерений и планирования), неоднозначность своей семейной истории и связанного индивидуального сценария жизни.

Представленный в методических рекомендациях материал проиллюстрирован примерами, отражающими феноменологию проспективного мышления у наркологических пациентов.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Агибалова, Т. В. Введение в психотерапию в наркологии, применение научно-доказательных моделей психотерапевтического воздействия. Оценка эффективности психотерапии / Т. В. Агибалова, Д. И. Шустов, О. Д. Тучина // Наркология: Национальное руководство. – Москва: Общество с ограниченной ответственностью Издательская группа "ГЭОТАР-Медиа", 2016. – С. 688-698.
2. Агибалова, Т. В. Комплаенс-психотерапия больных алкогольной зависимостью / Т. В. Агибалова, И. В. Голощапов, О. В. Рычкова // Наркология. – 2010. – Т. 9. – № 3(99). – С. 70-76.
3. Алгоритм провитального терапевтического интервью при сборе суицидального анамнеза в наркологической практике / Д. И. Шустов, А. В. Меринов, А. Д. Шустов, Т. В. Клименко // Суицидология. – 2020. – Т. 11. – № 1(38). – С. 84-97.
4. Аллюшева, А. Р. Культурная детерминация структуры автобиографической памяти: дис. кандидата психол. наук. Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова. – М.: 2015. – 192 с.
5. Ахметзянова, А. И. Нейропсихологические механизмы пространственной антиципации при алкогольной зависимости / А.И. Ахметзянова // Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье», 2015б. - № 1. – С. 120-124.
6. Бек, Дж. Когнитивная терапия: полное руководство / Дж. Бек. – М.: ООО «И.Д. Вильямс», 2006. – 400 с.
7. Виленская, Г. А. Исполнительные функции: природа и развитие / Г. А. Виленская // Психологический журнал. – 2016. – Т. 37. – № 4. – С. 21-31.
8. Здравоохранение в России. 2019: Стат.сб. / Росстат. - М., 2019. – 170 с.
9. Менделевич, В.Д. Антиципационные механизмы неврозогенеза / В.Д. Менделевич. – Казань: Медицина, 2011. – 288 с.
10. Меринов, А.В. Влияние типа динамики семейной системы больных алкогольной зависимостью на течение наркологической патологии / А.В. Меринов, А.В. Лукашук // Научные ведомости БелГУ. Сер. Медицина. Фармация. – 2017. – Т. 19(268). – № 39. – С. 139-147.
11. Минуллина, А. Ф. Роль семьи в формировании антиципационной состоятельности наркозависимых / А.Ф. Минуллина // Филология и культура. – 2010. - № 20. – Р. 316-324.
12. Нуркова, В.В. Свершенное продолжается: Психология автобиографической памяти личности / В.В. Нуркова. – М.: Изд-во Университета РАО, 2000.
13. Основные показатели деятельности наркологической службы в Российской Федерации в 2014-2015 годах: статистический сборник / В.В. Киржанова, Н.И. Григорова, В.Н. Киржанов, О.В. Сидорюк. – М.: НИИ наркологии – филиал ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России. – 2016. – 177 с.
14. Память будущего: обзор исследований проспективного мышления у пациентов с синдромом зависимости от алкоголя / О.Д. Тучина, Д.И. Шустов, С.А. Новиков, П.В. Тучин // Вопросы наркологии. - № 12. – 2017. – С. 145-177.
15. Пуговкина, О.Д. Глобализация автобиографической памяти (феномен, механизмы, эмпирические исследования) [Электронный ресурс] / О.Д. Пуговкина // Современная зарубежная психология. - 2018. - Том 7. - № 3. - С. 126—134.
16. Сырцова, А. Адаптация опросника временной перспективы личности Ф. Зимбардо / А. Сырцова, Е. Т. Соколова, О. В. Митина // Психологический журнал. – 2008. – Т. 29. - №3. - С.101-109.
17. Тучина, О. Д. Семейные факторы нарушений проспективной способности в генезе синдрома зависимости от алкоголя / О. Д. Тучина // Вопросы наркологии. – 2018. – № 12(171). – С. 20-35.

18. Тучина, О.Д. Рефлексия жизненного сценария и связанных с ним бессознательных убеждений и проекций будущего как фактор длительности ремиссии при синдроме зависимости от алкоголя у мужчин / Тучина О.Д., Агибалова Т.В., Шустов Д.И. // Консультативная психология и психотерапия. 2021. Том 29. № 3. С. 116–139. doi.10.17759/cpp.2021290308
19. Тучина, О.Д. Тревога, неопределенность будущего и «финальная сцена»: обоснование связи и возможные пути терапии алкогольной зависимости Актуальные вопросы психического здоровья: материалы Всероссийской научно-практической конференции "Тревога – проблема современного общества. Психологическая реакция или расстройство психики» (4-5 июня 2021 года)/ сост. Федотов И.А., Ландышев М.А.; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. - Рязань: ОТСиОП, 2021. Выпуск 10. – С.106-111.
20. Холмогорова, А.Б. Может ли культурно-историческая концепция Л. С. Выготского помочь нам лучше понять, что мы делаем как психотерапевты? / А.Б. Холмогорова, В.К. Зарецкий // Культурно-историческая психология. - 2011. – Т. 7. - № 1. - С. 108–118.
21. Шустов, Д. И. Аутоагрессия и самоубийство при алкогольной зависимости: клиника и психотерапия [Текст] / Д. И. Шустов. – СПб.: СпецЛит, 2016. – 208 с.
22. Шустов, Д.И. Психотерапия алкогольной зависимости. Руководство для врачей / Д.И. Шустов, О.Д. Тучина. – СПб.: СпецЛит, 2016. – 416 с.
23. Alcohol and fatal life trajectories in Russia: understanding narrative accounts of premature male death in the family [Электронный ресурс]/ L. Saburova, K. Keenan, N. Bobrova [et al.] // BMC Public Health. – 2011. – Vol. 11. – P. 481. – Режим доступа: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-11-481>
24. Alcohol and mortality in Russia: prospective observational study of 151 000 adults / D. Zaridze, S. Lewington, A. Boroda // Lancet. – 2014. – Vol. 9927. – № 383. – P. 1465–1473.
25. Ambivalent Prospecction: Covid-Related Attitudes in Patients with Substance Dependence / O. D. Tuchina, T. V. Agibalova, A. S. Panov [et al.] // Counseling Psychology and Psychotherapy. – 2020. – Vol. 28. – № 3(109). – P. 100-121.
26. Autobiographical memory in non-amnesic alcohol-dependent patients / A. D'Argembeau, M. Van Der Linden, P. Verbanck, X. Noël // Psychological Medicine. – 2006. Vol. 36. № 12. pp. 1707.
27. Baumeister, R. F. Consciousness of the future as a matrix of maybe: Pragmatic prospecction and the simulation of alternative possibilities / R. F. Baumeister, H. M. Maranges, H. Sjästad // Psychology of Consciousness: Theory, Research, and Practice. – 2018. – Vol. 5. – № 3. – P. 223–238
28. Beenstock, J. The association between time perspective and alcohol consumption in university students: cross-sectional study / J. Beenstock, J. Adams, M. White // Eur J Public Health. – 2011. – Vol. 21. – № 4. – P. 438–443.
29. Berne, E. What do you say after you say Hello? – New York. Grove Press, 1972. – 457 p.
30. Berntsen, D. Cultural life scripts structure recall from autobiographical memory / D. Berntsen, D.C. Rubin // Memory & Cognition. – 2004. – Vol. 32. – P. 427–442.
31. Berntsen, D. Pretraumatic stress reactions in soldiers deployed to Afghanistan / D. Berntsen, D.C. Rubin // Clinical Psychological Science. – 2015. – Vol. 3. - № 5. – P. 663-674.
32. Bora, E. Social cognition in alcohol use disorder: A meta- analysis / E. Bora, N. Zorlu // Addiction. – 2017. – Vol. 112. - № 1. – P. 40–48.
33. Changing the future: An initial test of Future Specificity Training (FoST) [Электронный ресурс] / D.J. Hallford, J.J.E. Yeow, G. Fountas, [et al.] // Behav Res

- Ther. – 2020. – Vol. 131: 103638. – Режим доступа: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0005796720300899>
34. Cognitive therapy of substance abuse / A.T. Beck, F.D. Wright, C.F. Newman, B.S. Liese. – New York, NY: Guilford Press, 1993. – 354 p.
 35. Cole, S. Spontaneous and deliberate future thinking: a dual process account / S. Cole, L. Kvavilashvili // *Psychological Research*. – 2021. - № 85. – P. 464–479.
 36. Conway, M.A. The remembering–imagining system / M. A. Conway, C. Loveday, S.N. Cole // *Memory Studies*. – 2016. – Vol. 9. - №3. – P. 256-265.
 37. D’Argembeau, A. Self-defining future projections: Exploring the identity function of thinking about the future / A. D’Argembeau, C. Lardi, M. Van der Linden // *Memory*. – 2012. – Vol. 20. – № 2. – P. 110–120.
 38. Depression and hopelessness as risk factors for suicide ideation, attempts and death: meta-analysis of longitudinal studies / J.D. Ribeiro et al. // *Br J Psychiatry*. - 2018. - Vol. 212. -№ 5. - P. 279- 286.
 39. Disruption of functional connectivity of the default-mode network in alcoholism / S. Chanraud, A.-L. Pitel, A. Pfefferbaum, E.V. Sullivan // *Cerebral Cortex*. – 2011. – Vol. 21. – № 10. – P. 2272–81.
 40. Does parental drinking influence children's drinking? A systematic review of prospective cohort studies / I. Rossow, P. Keating, L. Felix, J. McCambridge // *Addiction*. – 2016. - Vol. 111. - № 2. – P. 204-217.
 41. Drop-out from addiction treatment: A systematic review of risk factors / H.H. Brorson, E.A. Arnevik, K. Rand-Hendriksen, F. Duckert // *Clinical Psychology Review*. – 2013. – Vol. 33. – P. 1010–1024.
 42. Ecker, B. How the Science of Memory Reconsolidation Advances the Effectiveness and Unification of Psychotherapy / B. Ecker, S.K. Bridges // *Clin Soc Work J*. – 2020. - Vol. 48. – P. 287–300.
 43. Epidemiology of DSM-5 alcohol use disorder: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions III / B.F. Grant, R.B. Goldstein, T.D. Saha [et al.] // *JAMA Psychiatry*. - 2015. – Vol. 72. – P. 757–766.
 44. Fairbairn, C.E. The effect of alcohol on emotional inertia: A test of alcohol myopia / C.E. Fairbairn, M.A. Sayette // *Journal of Abnormal Psychology*. – 2013. – Vol. 122. – № 3. – pp. 70–81.
 45. Flash forwards and suicidal ideation: A prospective investigation of mental imagery, entrapment and defeat in a cohort from the Hong Kong Mental Morbidity Survey / R.M.K. Ng, M. Di Simplicio, F. McManus, [et al.] // *Psychiatry Research*. – 2016. – Vol. 246. – P. 453–460.
 46. Frings, D. Implicit and explicit drinker identities interactively predict in-the-moment alcohol placebo consumption / D. Frings, L. Melichar, I.P. Albery // *Addictive Behaviors Reports*. - 2016. – Vol. 3. – P. 86-91.
 47. Hackmann, A. Agoraphobia: Imagery and the threatened self / A. Hackmann, S. J. Day, E.A. Holnes // *Imagery and the threatened self: Perspectives on mental imagery and the self in cognitive therapy* / L. Stopa (Ed.). – Hove: Routledge, 2009. – P. 112–136. Rachman, S. Unwanted intrusive images in obsessive compulsive disorders / S. Rachman // *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. - 2007. – Vol. 38. - № 4. – P. 402–410.
 48. Hagger, M. S. Non-conscious processes and dual-process theories in health psychology / M.S. Hagger // *Health Psychol Rev*. – 2016. – Vol. 10. - № 4. – P. 375-380.
 49. Halcomb, M. Integrating Preclinical and Clinical Models of Negative Urgency [Электронный ресурс] / M. Halcomb, E. Argyriou, M.A. Cyders // *Front Psychiatry*. – 2019. – Vol. 10. – № 324. - Режим доступа: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6541698/>

50. Holmes, E.A. Mental imagery in emotion and emotional disorders / E.A. Holmes, A. Mathews // *Clin. Psychol. Rev.* – 2010. – Vol. 30. – P. 349-362.
51. Impact of Social Cognition on Alcohol Dependence Treatment Outcome: Poorer Facial Emotion Recognition Predicts Relapse/Dropout / C.I. Rupp, et al. // *Alcohol Clin Exp Res.* – 2017. – Vol. 41. – № 12. – P. 2197-2206.
52. Implementation Intentions / A. Prestwich, P. Sheeran, T. Webb, P. Gollwitzer // *Predicting and Changing Health Behaviour, Edition: 3* / Editors: Mark Conner, Paul Norman. – McGraw-Hill, 2015. – P. 321-357.
53. Impulsivity and alcohol dependence treatment completion: is there a neurocognitive risk factor at treatment entry? / C.I. Rupp, J.K. Beck, A. Heinz [et al.] // *Alcoholism: Clinical and Experimental Research.* – 2015. – Vol. 40. – № 1. – P. 152–60
54. Johnsson, R. Client assessment in transactional analysis – a study of the reliability and validity of the Ohlsson, Björk and Johnsson Script Questionnaire [Электронный ресурс] / R. Johnsson // *International Journal of Transactional Analysis Research and Practice.* – 2011. – Vol. 2. – № 2. – Режим доступа: <http://www.ijtar.org/article/view/17061/11648>.
55. Kask, K. The effect of family factors on intense alcohol use among european adolescents: a multilevel analysis / K. Kask, A. Markina, Z. Podana // *Psychiatry Journal.* – 2013. – P. 1–12.
56. Lewin K. *Vorsatz, Wille, und Bediirfnis* / K. Lewin. Berlin: Verlag von Julius Springer, 1926. — 92 S.
57. Linehan, M. M. *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder* / M.M. Linehan. Guilford Press, 1993.
58. Long-term survival and predictors of relapse and survival after liver transplantation for alcoholic liver disease / C. Lindenger, M. Castedal, A. Schult, F. Åberg // *Scand J Gastroenterol.* – 2018. – Vol. 53. – № 12. – P. 1553-1561.
59. Madore, K.P. Episodic specificity induction and scene construction: Evidence for an event construction account / K.P. Madore, H.G. Jing, D.L. Schacter // *Conscious Cogn.* – 2019 – Vol. 68. – P. 1-11.
60. Markus, W. EMDR interventions in addiction / W. Markus, H.K. Hornsveld // *J EMDR Pract Res.* – 2017. – Vol. 11. – № 1. – P. 3-29.
61. Marshall, A.-M. The synergistic impact of excessive alcohol drinking and cigarette smoking upon prospective memory [Электронный ресурс] / A.-M. Marshall, T. Hefernan, C. Hamilton // *Frontiers in Psychiatry.* – 2016. – Vol. 7. – Art. 75. – Режим доступа: <http://dx.doi.org/10.3389/fpsy.2016.00075>
62. McGoldrick, M. *Genograms: Assessment and intervention (3rd ed.)* / M. McGoldrick, R. Gerson, S. Petry. - W W Norton & Co., 2008.
63. Nandrino, J.-L. Autobiographical memory compromise in individuals with alcohol use disorders: Towards implications for psychotherapy research / J.-L. Nandrino, M.-C. Gandolphe, M. El Haj // *Drug and Alcohol Dependence.* – 2017. – Vol. 179. – P. 61–70.
64. Nandrino, J.-L. The grey future: Overgenerality of emotional future thinking in alcohol-use disorders [Электронный ресурс] / J.-L. Nandrino, M. El Haj // *Drug and Alcohol Dependence.* – 2019. – Vol. 205. – № 107659. - Режим доступа: <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2019.107659>.
65. O'Connor, R. C. Intrapersonal positive future thinking predicts repeat suicide attempts in hospital-treated suicide attempters / R. C. O'Connor, R. Smyth, J. M. G. Williams // *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* - 2015. - Vol. 83. - №1. -P. 169-176. doi:10.1037/a0037846
66. Olsen, V. V. The somatic marker theory in the context of addiction: Contributions to understanding development and maintenance / V. V. Olsen, R. G. Lugo, S. Süttemlin // *Psychology Research and Behavior Management.* - 2015. – Vol. 8 – P. 187-200.

67. Practicing prospection promotes patience: Repeated episodic future thinking cumulatively reduces delay discounting [Электронный ресурс] / A.M. Mellis, S.E. Snider, H.U. Deshpande [et al.] // *Drug Alcohol Depend.* – 2019. – № 204. – Art. 107507. – Режим доступа: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31520923/>
68. Priming future cultural identities in self-defining future projections. findings of a pilot online cross-sectional study / O.D. Tuchina, A.B. Kholmogorova, T.V. Agibalova, [et al.] // *Kul'turno-istoricheskaya psikhologiya = Cultural-Historical Psychology.* - 2021. - Vol. 17. - № 3. – P. 104–114.
69. Psychopathology and episodic future thinking: A systematic review and meta-analysis of specificity and episodic detail / D.J. Hallford, D. W. Austin, K. Takano, F. Raes // *Behaviour Research and Therapy.* – 2018. – Vol. 102. – P. 42-51
70. Reinforcer Pathology: Implications for Substance Abuse Intervention / W.K. Bickel, L.N. Athamneh, S.E. Snider [et al.] // *Curr Top Behav Neurosci.* - 2020. – № 47. – P. 139-162.
71. Schacter, D.L. Episodic future thinking: mechanisms and functions / D.L. Schacter, R.G. Benoit, K.K. Szpunar // *Current Opinion in Behavioral Sciences.* – 2017. – Vol. 17. – P. 41–50.
72. Schank, R. *Scripts, Plans, Goals and Understanding* / R. Schank, R. Abelson. – Hillsdale, NJ: Erlbaum, 1977.
73. Shustov, D.I. Episcript transmission in families of alcohol-dependent men: Models and clinical observations / D.I. Shustov, A.V. Merinov, O.D. Tuchina // *Transactional Analysis Journal.* – 2015. – Vol. 46. – P. 13–25.
74. Shustov, D.I. Games Abstainers Play / D.I. Shustov, O.D. Tuchina, T.V. Agibalova // *Transactional Analysis Journal.* - 2018. - Vol. 48. – № 1. – P. 43-58.
75. Shustov, D.I. The Social Relationship of Suicidal Individuals: A Neglected Issue / D.I. Shustov, O.D. Tuchina, D. Lester // Lester D. *The End of Suicidology: Can We Ever Understand Suicide?* - New York: Nova Science Publishers, 2019. - Ch.14. - P. 127-133.
76. Singer, J. A. A meaning-based intervention for addiction: Using narrative therapy and mindfulness to treat alcohol abuse [Электронный ресурс] / J.A. Singer, B.F. Singer, M. Berry // In J. A. Hicks & C. Routledge (Eds.), *The experience of meaning in life: Classical perspectives, emerging themes, and controversies.* – 2013. - P. 379–391. - Режим доступа: https://psycnet.apa.org/record/2013_07439_029
77. Singer, J.A. *Classification System & Scoring Manual for Self-Defining Memories* [Электронный ресурс] / J.A. Singer, P. Blagov. - New London, CT: Connecticut College, 2002. – Режим доступа: http://www.self-definingmemories.com/Classification_System__Scoring_Manual_for_SDMs.pdf
78. Snider, S.E. Episodic Future Thinking: Expansion of the Temporal Window in Individuals with Alcohol Dependence / S.E. Snider, S.M. LaConte, W.K. Bickel // *Alcoholism: Clinical and Experimental Research.* – 2016. – Vol. 40. – № 7. – P. 1558-1566.
79. Social factors influencing Russian male alcohol use over the life course: a qualitative study investigating age based social norms, masculinity, and workplace context [Электронный ресурс] / К. Кецап, L. Saburova, N. Bobrova, [et al.] // *PLoS ONE.* – 2015 – Vol. 10. – № 11): e0142993. – Режим доступа: <https://journals.plos.org/>
80. Specificity of future thinking in depression: a meta-analysis / B. Gamble, D. Moreau, L.J. Tippett, D.R. Addis // *Perspectives on Psychological Science.* – 2019. – Vol. 14. - № 5. – P. 816-834.
81. Srisurapanont, M. Naltrexone for the treatment of alcoholism: a meta-analysis of randomized controlled trials / M. Srisurapanont, N. Jarusuraisin // *The International Journal of Neuropsychopharmacology.* – 2005. – Vol. 8. – N2. – P. 267–80.
82. Szpunar, K.K. Evidence for an implicit influence of memory on future thinking / K.K. Szpunar // *Memory & Cognition.* – 2010.- Vol.38. – № 5. – P. 531–540.

83. Thorne, A. Manual for Coding Events in Self-Defining Memories [Электронный ресурс] / A. Thorne, K. McLean. - Santa Cruz: University of California, 2001. – Режим доступа: [http://www.selfdefiningmemories.com/Thorne McLean SDM Scoring_Manual.pdf](http://www.selfdefiningmemories.com/Thorne_McLean_SDM_Scoring_Manual.pdf)
84. Tomkins, S. S. Script theory: Differential magnification of affects / S. Tomkins // Nebraska Symposium on Motivation. – 1978. – Vol. 26. – P. 201–236.
85. Tulving, E. Episodic memory and auto-noesis: uniquely human? / E. Tulving // The Missing Link in Cognition / eds H. S Terrace and J. Metcalfe. – Oxford: Oxford University Press, 2005. – P. 3–56.
86. Volkow, N.D. Neurobiologic advances from the brain disease model of addiction / N.D. Volkow, G.F. Koob, A.T. McLellan // New England Journal of Medicine. – 2016. – Vol. 374. – № 4. – P. 363–371.
87. World Health Organization (WHO). Global status report on alcohol and health 2018 [Электронный ресурс] / World Health Organization. – Geneva: World Health Organization, 2018. – Режим доступа: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565639>
88. Young, J. Schema therapy / J. Young, J. Klosko, M. Weishaar. N.Y., London, 2003.

Бланк Методики самоопределяющих проекций

Самоопределяющее событие будущего – это событие, которое Вы считаете важным и которое дает Вам и Вашим близким представление о Вас, как о человеке. Это очень яркое событие, которое вызывает в Вас сильные чувства (не обязательно позитивные). Оно связано с постоянно присутствующей в Вашей жизни темой, проблемой или конфликтом, и с другими событиями, связанными с этой темой. Подумайте и запишите такое событие как можно подробнее: так, чтобы читатель смог представить его так же ярко и испытать те же эмоции, которые испытали бы Вы, если бы оно произошло.

Укажите срок, когда оно произойдет здесь: через _____ месяцев/лет (подчеркните нужное)

[ТЕКСТ ПРОЕКЦИИ – Расширить перед использованием]

НА ВТОРОМ ИЛИ ОБОРОТНОМ ЛИСТЕ БЛАНКА

Оцените Вашу эмоциональную реакцию на это событие								
Очень негативная	-3	-2	-1	0	1	2	3	Очень позитивная
Оцените, насколько ярко Вы представляете это событие								
Очень смутно	-3	-2	-1	0	1	2	3	Очень ярко
Оцените, насколько это событие важно для Вас лично								
Абсолютно не важно	-3	-2	-1	0	1	2	3	Очень важно

Бланк методики «Линия жизни» [67]

[Для предъявления пациентам бланк методики следует ориентировать горизонтально (альбомная ориентация страницы при форматировании)]

Линия жизни

Представьте, что начерченная ниже линия – ваша жизнь. Отметьте на ней момент настоящего времени, а затем отложите самые важные события своего прошлого и предполагаемые значимые события будущего, указав рядом с каждым возраст, в котором с Вами случилось (или только еще произойдет) названное событие. Чем более приятное, радостное, позитивное событие, тем выше отмечайте его от центральной оси времени (поставьте точку и подпишите). Чем событие негативнее, печальнее, неприятнее, – тем ниже.

[Линия располагается по центру страницы. Расстояния до последней строки текста сверху и до нижнего края страницы должно быть одинаковым]
