

РЕФЛЕКСИЯ ЖИЗНЕННОГО СЦЕНАРИЯ И СВЯЗАННЫХ С НИМ БЕССОЗНАТЕЛЬНЫХ УБЕЖДЕНИЙ И ПРОЕКЦИЙ БУДУЩЕГО КАК ФАКТОР ДЛИТЕЛЬНОСТИ РЕМИССИИ ПРИ СИНДРОМЕ ЗАВИСИМОСТИ ОТ АЛКОГОЛЯ У МУЖЧИН

О.Д. ТУЧИНА

Московский научно-практический центр наркологии Департамента здравоохранения города Москвы (ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ»), г. Москва, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0683-9080>,
e-mail: shtuchina@gmail.com

Т.В. АГИБАЛОВА

Московский научно-практический центр наркологии Департамента здравоохранения города Москвы (ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ»), г. Москва, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1903-5265>,
e-mail: agibalovatv@mail.ru

Д.И. ШУСТОВ

Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова Минздрава РФ (ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России), г. Рязань, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7803-3388>,
e-mail: dmitri_shustov@mail.ru

В поперечном исследовании на базе наркологической клиники (Москва, 2019—2020 гг.) проверялась гипотеза о связи способности к рефлексии жизненного сценария с длительностью формируемых ремиссий. В выборку вошли 61 пациент мужского пола, с диагнозом АЗ, средний воз-

раст — 44,1 (SD=10,1), без сопутствующих психических расстройств. **Методический комплекс:** 1) для сбора социально-демографических и личностных показателей проводилось полуструктурированное терапевтическое интервью; 2) для оценки параметров эксплицитных (осознаваемых) представлений о будущем и отдельных параметров сценария применялись методики исследования самоопределяющих проекций будущего — «Линия жизни», «Культурный сценарий»; 3) сбор данных о параметрах сценария осуществлялся в рамках «Сценарного интервью». Обработка качественных данных проводилась методами количественного контент-анализа на основании руководств с помощью экспертной оценки. Эффект эксплицируемых параметров сценария на различные параметры длительности ремиссий оценивался в ходе множественного линейного регрессионного анализа. **Результаты и выводы.** Пациенты с АЗ, способные к вербализации и рефлексии параметров жизненного сценария — плохо осознаваемых долгосрочных, лично значимых представлений о будущем, отражающих базовые убеждения о собственном жизненном пути — способны к поддержанию более длительных ремиссий по сравнению с пациентами, не рефлексирующими на эти темы и ограничивающими свои воспоминания и проекции будущего глобализованными стандартными для данной культуры сценариями.

Ключевые слова: алкогольная зависимость, ремиссия, рефлексия, когнитивная психотерапия, проспективное мышление, глобализация автобиографической памяти, жизненный сценарий.

Для цитаты: Тучина О.Д., Агибалова Т.В., Шустов Д.И. Рефлексия жизненного сценария и связанных с ним бессознательных убеждений и проекций будущего как фактор длительности ремиссии при синдроме зависимости от алкоголя у мужчин // Консультативная психология и психотерапия. 2021. Т. 29. № 3. С. 116—139. DOI: <https://doi.org/10.17759/срп.2021290308>

REFLECTING ON LIFE SCRIPT, RELATED UNCONSCIOUS BELIEFS, AND FUTURE PROJECTIONS AS A FACTOR OF REMISSION DURATION IN MALE PATIENTS WITH ALCOHOL DEPENDENCE

OLGA D. TUCHINA

Moscow Research and Practical Centre for Narcology of the Department of Public Health, Moscow, Russian Federation

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0683-9080>,

e-mail: shtuchina@gmail.com

TATIANA V. AGIBALOVA

Moscow Research and Practical Centre for Narcology of the Department of Public Health, Moscow, Russian Federation
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1903-5265>,
e-mail: agibalovatv@mail.ru

DMITRI I. SHUSTOV

I.P. Pavlov Ryazan State Medical University, Ryazan, Russian Federation
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0989-6598>,
e-mail: dmitri_shustov@mail.ru

A cross-sectional study performed in a Moscow hospital for addiction treatment (2019–2020) tested a hypothesis that the capacity to reflect on a life script exerted a positive effect on alcohol dependence (AD) remission duration. The sample included 61 males with AD and without dual diagnosis; the mean age was 44.1 (SD = 10.1) years. Methods. (1) Socio-demographic and clinical data was collected using a semi-structured therapeutic interview. (2) Explicit representations of one’s future were evaluated using a Self-defining Future Projections task; “Life Line”, and a “Cultural script” task. (3) Data on life script characteristics was gathered using the semi-structured “Script Questionnaire”. Qualitative data was processed by means of quantitative content analysis performed by experts based on relevant guidelines. Effects of verbalized life script characteristics on several remission parameters were assessed using multiple linear regression. Results and Conclusions. People with AD who were capable of verbalizing and reflecting on long-term, self-relevant representations of the future related to the basic beliefs about their own life course, were capable of maintaining longer remissions in contrast to those who failed to reflect on these topics and limited their memories and future projections by overgeneral cultural script events.

Keywords: alcohol dependence, remission, reflection, cognitive therapy, future thinking, autobiographical memory overgeneralization, life script.

For citation: Tuchina O.D., Agibalova T.V., Shustov D.I. Reflecting on life script, related unconscious beliefs, and future projections as a factor of remission duration in male patients with alcohol dependence. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya = Counseling Psychology and Psychotherapy*, 2021. Vol. 29, no. 3, pp. 116–139. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2021290308>. (In Russ., abstr. in Engl.)

Введение

Алкогольная зависимость (АЗ) — одна из главных причин повышенной смертности среди мужского населения России [3]. Это обуславливает актуальность исследований, направленных на повышение эффективности психосоциальной реабилитации людей с АЗ.

Современная наука утверждает, что люди помнят свое прошлое для того, чтобы строить собственное будущее [36]. Проспективное мышление (ПМ) как способность к созданию психических репрезентаций вероятных событий будущего [8] — невозможно без ключевых механизмов создания автобиографических воспоминаний: 1) «конструирования сцены» за счет интеграции эпизодических (конкретных) деталей на основе более абстрактного семантического знания-опоры (использование семантической опоры или «семантический скаффолдинг»); 2) проекции «Я» в будущее за счет способности переключать внимание с настоящего момента на другой временный контекст, осознавая себя как его участника (автоноэтическое сознание) [19]. Нарушения ПМ существуют параллельно дефицитам автобиографической памяти и считаются трансдиагностическим фактором психических расстройств [15; 24].

Особая форма ПМ — «воспоминания о будущем» [27] — однажды смоделированные, важные для личности образы будущего, запоминаемые и в дальнейшем извлекаемые в зависимости от ситуации — произвольно или непроизвольно [18]. Предположительно, эти «готовые» образы будущего направляют принятие решений и поведение человека в ситуациях неопределенности и выбора [8], действуя подчас имплицитно, вне осознания, как определенное психическое напряжение, возникающее при неудовлетворении намерения и исчезающее при его осуществлении [31]. Влияние имплицитных когниций на эксплицитное, хорошо осознаваемое и чаще всего произвольное ПМ, убедительно продемонстрировано исследователями [39].

Смоделированные в детстве под воздействием близкого социального окружения и культуры «воспоминания о будущем», связанные с образами будущих «Я» в контакте с людьми и миром и существующие в рамках представлений о собственной судьбе и ее исходе — «финальной сцене» [13], — описываются термином «*жизненный сценарий*» [13; 38]. Имплицитный или бессознательный жизненный сценарий (который следует отличать от «*культурного сценария*» — хорошо осознаваемого представления об очередности событий типичного жизненного пути в рамках данной культуры [14]) и его компоненты — «ранние решения» [22], а в когнитивно-бихевиоральной терапии (КБТ) — «базовые убеждения» [11], выступают в качестве семантической опоры для моделирования произвольных образов будущего. В этом смысле сценарий ограничивает свободу выбора и становится фактором, препятствующим самоэффективности и автономии личности. Так, содержание сценария человека часто определяет тяжесть и фатальный исход АЗ [35]; агрессивное и суицидальное поведение людей с АЗ [37]; высокую «виктимность» их созависимых партнеров [33]. Изменение жизненного сценария, возможное через осознание лежащих в его основе убеждений, и

моделирование нового образа будущего и «финальной сцены», например, в результате принятия нового решения [22], приводит к отказу от самоповреждающих сценарных моделей и более автономному поведению [37].

КБТ — от классической когнитивной терапии А. Бека [9] до подходов «третьей волны» (диалектическая бихевиоральная терапия, схема-терапия) — позволяет изменять будущее пациента через осознание и реконсолидацию психического прошлого. Улучшение психического и социального благополучия человека происходит с помощью рефлексии мыслительных процессов, их «глубинных оснований или определенных исходных представлений» [6, 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 описывается как метакогнитивная, отражающая такие психологические конструкты, как ментализация, теория психического, самореферентный процесс, рефлексивное сознание, социальный интеллект и другие. Она тесным образом связана и со способностью к ПМ, поскольку ни то, ни другое немислимы без сознательного усилия к децентрации — смещению фокуса с текущей позиции «Я» на другие возможные точки зрения [36]. 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 [16]. Тяжесть нарушений рефлексии закономерно нарастает с тяжестью симптомов АЗ и депрессии [16] и определяет негативные результаты лечения, например, досрочный уход из терапии [34].

Ориентация новых стратегий КБТ на достижение *выздоровления или восстановления (recovery)* для «трудных» пациентов с хроническими психическими заболеваниями отражает общую тенденцию современной психотерапии к поиску новых критериев излечения [12]. *Recovery* нарколологических пациентов определяется как «... дорога исцеления и преобразования личности, в конце которой стоит возможность жить полноценной жизнью в том сообществе, которое человек выбирает, а также возможность полной реализации своего личностного потенциала» [12; с. 156]. Данное определение в значительной мере отражает понятие автономности Э. Берна [13] как свободы от жизненного сценария и в этом смысле подчеркивает актуальность нашего исследования, результаты которого могли бы помочь определить стратегии достижения *recovery* у людей с АЗ.

Гипотеза исследования. Проверялась гипотеза о связи способности к рефлексии жизненного сценария и его компонентов (сценар-

ных семантических опор, например, «финальной сцены») с более благоприятным течением АЗ по критерию длительности формируемых ремиссий. Предполагалось, что пациенты с АЗ, способные к вербализации долгосрочных, личностно значимых представлений о собственном будущем, отражающих базовые убеждения об их жизненном пути, а также к экспликации общего автобиографического знания (история семьи, семейные легенды, любимые детские произведения), составляющего семантическую опору сценария, способны к поддержанию более длительных ремиссий по сравнению с пациентами, не рефлексирующими на тему своей жизненной истории и будущего.

Методы и процедура

Поперечное исследование, одобренное Локальным этическим комитетом, проведено в 2019—2020 гг. в «Московском научно-практическом центре наркологии Департамента здравоохранения г. Москвы».

Процедура. В исследование включались пациенты-мужчины (25—69 лет) с диагнозом АЗ (F 10.2) без сопутствующих психических расстройств, на этапе медицинской реабилитации, прошедшие детоксикацию не менее чем за 14 дней до первого обследования и злоупотреблявшие алкоголем не менее 14 лет. Пациенты предоставили информированное согласие на участие в исследовании.

Пациенты, соответствовавшие критериям включения по результатам изучения медицинской документации и первичного осмотра клинического психолога, приглашались к обследованию. В течение 4—5 встреч (с перерывом до 5 дней) проводились сбор клинично-анамнестических и биографических данных (посредством полуструктурированного терапевтического интервью, ПТИ [7]); а также психометрическая оценка эксплицитного ПМ — осознаваемых представлений о будущем — с помощью представленных ниже методик. Сбор данных о параметрах жизненного сценария и сценарных семантических опорах («финальной сцене» жизненного пути, любимом художественном нарративе, паттернах межпоколенной передачи и т. д.) проводился в ходе ПТИ, «Сценарного интервью» (СИ) [30], дополняемых фиксацией любимого художественного произведения пациента и изображением его «семейного древа» (генеграммы).

Методический комплекс и переменные. В целях анализа выделено три группы переменных.

1. Сбор данных о *социально-демографическом статусе, характере течения АЗ, качестве и длительности ремиссий* осуществлялся в ходе ПТИ

[7], изучения доступных документов, информации, полученной от специалистов и родственников.

2. Оценка **количественных** (число событий будущего, их объем), **феноменологических** (эмоциональная валентность, яркость, наличие самопроекции, частота представления события, временная дистанция до возникновения будущего события) и **содержательных** (специфичность/глобализация, тематика, соответствие событий будущего культурному сценарию, межличностная ориентация и др.) **параметров эксплицитных** (хорошо осознаваемых и не связанных с жизненным сценарием) **представлений о будущем** проводилась с помощью контент-анализа следующих методик:

- **Методика исследования самоопределяющих проекций будущего** [20; 41] — событий будущего, обладающих высокой личностной значимостью и отражающих центральные темы жизни личности. Испытуемых просили записать одно из таких вероятных событий как можно подробнее, как если бы они рассказывали его незнакомцу, и оценить его характеристики по семибалльной шкале (от наименьшей выраженности/позитивности параметра к наибольшей).

- **Графическая методика «Линия жизни» (ЛЖ)** [4], когда участников просят поставить отметку о собственном возрасте на нарисованной линии, представляющей их жизнь, и отложить от этой точки значимые события их прошлого и предполагаемого будущего, отмечая возраст их наступления, причем чем выше расположено событие — тем оно позитивнее, чем ниже — тем оно негативнее.

- **«Культурный сценарий»** [1; 14]: испытуемых просили представить ребенка того же пола, который родился в тот же день и в той же стране, что и испытуемый, и назвать семь возможных событий его жизни, а также оценить вероятность их наступления и валентность. Полученный материал соотносился с событиями ЛЖ с целью оценки «освоения» испытуемыми событий культурно-одобряемого сценария жизненного пути, а также выявления «выпавших» событий.

3. Сбор данных о **параметрах жизненного сценария** в основном осуществлялся в рамках опросника «Сценарное интервью» (СИ) [29], заполняемого исследователем в ходе беседы с пациентом и верифицируемого последним по результатам работы. При анализе материала СИ выявлялись, кодифицировались и подвергались количественному и качественному контент-анализу следующие культурные, семейные и индивидуальные семантические опоры, которые рассматриваются в качестве характеризующих жизненный сценарий в различных направлениях психотерапии [9; 13; 17].

- Модели межпоколенной передачи (соматическая и психическая патология, включая АЗ, продолжительность жизни в семье, професси-

ональные династии, и т. д.); систематические ранние смерти (в возрасте до 69 лет).

- Модели семейного нарратива (семейные истории, секреты и легенды; художественные произведения). Например, легенда о происхождении у пациента, любимая сказка которого «Золушка», опирается на сюжетные линии сказки, которые он раскрывает: «Отец считал, что я не от него. ...Так говорила ...моя бабушка, подозревая невестку в неверности. Отец считал, что я не похож на него, ревновал меня. А сейчас [я] — вылитый он».

- Наличие моделей передачи деструктивных/позитивных установок через внешнюю атрибутику — особенности называния (имя в честь больных либо рано умерших родственников, знаменитостей, культивирование особого значения имени в семье) («Назван в честь деда — участника войны. Дед крепко выпивал и погиб из-за ранений в 40 лет»), особое толкование имени субъектом («Константин — Победитель», «Толлик-алкоголик»); убежденность в «особенности» определенных чисел и дат («семейные годовщины») (пациент [с устойчивой ремиссией] считает, что умрет 21 числа, так как в этот день родился и умер его отец, родились и умерли во младенчестве от пневмонии братья-близнецы отца, покончил самоубийством родной брат, названный, как и сам пациент, в честь дядей-близнецов); эпизоды «провидения» судьбы респондента его родственниками либо им самим (непроизвольное ПМ) («Мать говорила в детстве [пациенту с безремиссионной формой АЗ]: «Попадешь в больницу и не будешь вылазить оттуда»).

- Осознаваемые, но связанные с жизненным сценарием, представления о будущем, описывающие качество и продолжительность жизни (план жизни через пять лет, ожидания пациента в отношении возраста и причины собственной смерти). Для сбора этих данных использовалось как СИ, так и ПТИ и методика «ЛЖ».

Обработка качественных данных проводилась валидизированными методами контент-анализа [2; 40], принятыми в исследованиях автобиографических нарративов. Качество анализа контролировалось с помощью оценки 30% речевой продукции независимыми экспертами с расчетом коэффициента каппа Коэна [41].

Характеристика выборки. Анализируется материал 61 пациента с АЗ, средний возраст — 44,1 (SD=10,1), согласившихся пройти ПТИ и СИ. Этот объем был достаточен для достижения целевых показателей статистической мощности (80%, величина эффекта f^2 — 0,15, предел ошибок 1 рода — 0,05, 95% двусторонний доверительный интервал), требуемой для проверки гипотезы исследования.

44,3% респондентов (n=27) имели высшее образование; 77% (n=47) были трудоустроены; 72,1% (n=44) — женаты, а 34,4% (n=21) пережили

хотя бы 1 развод. Большинство (62,3%, 38 человек) проходили службу в армии. 16,4% (n=10) имели судимость. Незначительная патология родов и детского развития установлена в 15% (n=9) случаев.

Клиническая картина заболевания по средним показателям выборки отражала типичное течение средней стадии АЗ. Длительность заболевания, в среднем, составляла 21 год (SD=9,7) с начала систематического употребления (в возрасте 23 лет (SD=5,3)), с первой пробой в возрасте 14,5 (SD=3) лет. Участники имели, как правило, среднепрогредиентный (6 лет (SD=3,1) до формирования симптомов синдрома отмены) и периодический тип течения АЗ. 23% госпитализировались в данном году повторно. Большинство имели алкогольсвязанные соматические заболевания (68,9%). 75,4% имели хотя бы один эпизод тяжелой алкогольной интоксикации, в том числе с реанимационным пособием; 16,1% переносили алкогольный психоз; 21,3% — патологическое опьянение.

Математическая обработка. Проверка распределения осуществлялась с помощью критерия Шапиро—Уилка. Эффект параметров сценария на длительность ремиссий в течение всего периода АЗ оценивался в ходе построения моделей множественного линейного регрессионного анализа пошаговым методом. В качестве зависимых выступали параметры продолжительности ремиссии, наименее ассоциированные с возрастом и длительностью заболевания: продолжительность максимальной ремиссии и ремиссии за два года до обследования в днях; индекс ремиссии (частное продолжительности всех ремиссий и длительности заболевания). В качестве факторов для каждой модели отбирались максимум 8 параметров, включавших похожее число параметров эксплицитных представлений о будущем и жизненного сценария. Для контроля множественной коллинеарности проводился априорный корреляционный анализ между факторами, а также расчет толерантности и инфляции дисперсии. В соответствии с данным анализом множественная коллинеарность в моделях отсутствовала. Рассчитывался коэффициент Дарбина—Уотсона для контроля автокорреляции остатков. Распределение остатков, проверяемое визуальным методом, в приведенных моделях было приближено к нормальному.

Результаты

Параметры регрессионных моделей для показателей длительности ремиссии представлены в табл. 1. К включенным в модели эксплицитным параметрам, не связанным с жизненным сценарием, относился лишь процент событий «Культурного сценария» от

числа событий «Линий жизни». Остальные параметры (например, прогностические ожидания в отношении собственной смерти, произвольные образы алкогольсвязанной смерти) могли эксплицироваться некоторыми участниками, однако относились нами к параметрам имплицитного плана жизни — жизненного сценария, поскольку отражали его основные семантические опоры — содержание автобиографической базы знания высокого уровня абстракции, позволяющее моделировать представления о будущем, в частности, о «финальной сцене».

Таблица 1

Модели влияния параметров жизненного сценария и эксплицитного проспективного мышления на длительность ремиссии

| № | Факторы | β | SE | t | p |
|---|---|---------|-------|------|------|
| Модель 1. «Продолжительность максимальной ремиссии» | | | | | |
| 1 | Константа | | 495,3 | 2 | ,05 |
| 2 | Ожидание внезапной (быстрой) смерти | ,28 | 459,1 | 2,8 | ,007 |
| 3 | Процент событий «Культурного сценария» от событий «Линии жизни» | -,28 | 8,5 | -2,8 | ,007 |
| 4 | Специфика имени (неклассифицируемая) | ,31 | 357 | 3,2 | ,002 |
| 5 | Наличие родственников, добившихся ремиссии АЗ | -,39 | 369,4 | -3,8 | ,000 |
| 6 | Число родственников на генограмме | ,29 | 16,8 | 2,8 | ,006 |
| 7 | Непроизвольные образы алкогольсвязанной смерти | -,25 | 387,2 | -2,6 | ,01 |
| Модель 2. «Продолжительность ремиссии за 2 года до обследования» | | | | | |
| 1 | Константа | | 450,2 | -2,7 | ,02 |
| 2 | Эксплицируемый возраст смерти (лет) | ,66 | 6,1 | 3,4 | ,01 |
| Модель 3. «Индекс ремиссии» | | | | | |
| 1 | Константа | | ,06 | 2,4 | ,02 |
| 2 | Наличие (пра)бабушек/ (пра)дедушек с АЗ | -,4 | ,04 | -4,4 | ,000 |
| 3 | Выбор семейной профессии | ,4 | ,04 | 4 | ,000 |
| 4 | Преждевременная (до 69 лет) гибель партнера / ребенка | ,3 | ,05 | 3,5 | ,001 |
| 5 | Число родственников на генограмме | ,3 | ,002 | 3,2 | ,002 |
| 6 | Процент событий «Культурного сценария» от событий «Линии жизни» | -,25 | ,001 | -2,6 | ,01 |

Примечание: β — стандартизированный коэффициент регрессии; p — уровень статистической значимости; SE — стандартная ошибка; t — критерий Стьюдента.

Согласно табл. 1, большинство факторов, влиявших на длительность ремиссий, отражали содержание жизненного сценария. Это подтверждает гипотезу о том, что параметры бессознательного сценария влияют на длительность ремиссии АЗ в большей степени, чем параметры эксплицитного ПМ. Хотя процент событий «Культурного сценария» (КС) от всех событий «Линии жизни» (ЛЖ) относился нами к осознаваемому плану ПМ, поскольку содержание КС легко осознается и вербализуется большинством представителей культуры уже в школьном возрасте [1], в естественной ситуации КС выступает в качестве имплицитной семантической опоры автобиографического нарратива и его воспроизведение носит малорефлексируемый характер.

В модели 1 при росте частоты событий КС на ЛЖ и наличии родственников, добившихся ремиссии АЗ, наличии произвольных образов алкогольсвязанной смерти у пациента сокращалась длительность максимальной ремиссии (факторы риска). Протективное влияние оказывали: произвольное ожидание внезапной (быстрой) смерти (*«хотелось бы как дед: сел и умер, без мучений, лет в 96»*), число родственников (то есть образов родительских фигур) на генограмме и неклассифицируемые особенности названия (*«Хотели назвать Борис (мать хотела), а сестра — 5 лет — настояла, чтобы Толик, и все согласились»*).

В модели 2 продолжительность ремиссии за два года до текущего обращения за медицинской помощью зависела исключительно от фактора, связанного с рефлексией «финальной сцены»: чем дольше участники «планировали» прожить, тем более продолжительных ремиссий добивались.

В модели 3 протективными факторами в отношении поддержания трезвости на протяжении всего периода АЗ («индекс ремиссии») вновь стали параметры, описывающие семейную ситуацию, — число родственников на генограмме, выбор пациентом семейной профессии, а также преждевременная смерть жены /ребенка — «переходное» событие [21], связанное с осознанием смертности. Факторами срыва ремиссии вновь оказались высокий процент событий КС на ЛЖ, а также наличие бабушек/дедушек, страдавших АЗ.

Все полученные модели имели удовлетворительное качество, объясняли порядка 50% дисперсии зависимой переменной, имели достаточную статистическую значимость и отсутствие автокорреляции остатков (табл. 2).

Обсуждение

Полученные данные предоставили свидетельства в пользу выдвинутой гипотезы.

Таблица 2

Оценка качества моделей

| Модель | R ² | R ² с коррекцией | SE | F | p | DW |
|--------|----------------|-----------------------------|--------|------|------|------|
| 1 | ,51 | ,45 | 1281,5 | 9,2 | ,000 | 1,8 |
| 2 | ,44 | ,4 | 242,3 | 11,8 | ,004 | 1,59 |
| 3 | ,53 | ,5 | ,13 | 12,3 | ,000 | 1,86 |

Примечание: DW — статистика Дарбина-Уотсона; F — критерий Фишера; p — уровень значимости; R² — коэффициент детерминации; SE — стандартная ошибка.

Рефлексия «финальной сцены» жизненного сценария.

Рефлексия собственной смерти, обдумывание ее возможных вариантов и моделирование определенных прогнозов выступали в качестве протективного фактора в отношении продолжительности ремиссии (максимальной и в течение двух лет до обследования). В отличие от персональных ожиданий пациентов, фактор продолжительности жизни родственников не влиял (не вошел ни в одну модель) на длительность ремиссии в нашем исследовании.

Пример 1. Пациент Д. (66 лет), с несколькими соматическими заболеваниями и инвалидностью, общий стаж АЗ — 30 лет, 17 из которых находится в терапевтической ремиссии, живет с четким ожиданием смерти в 85 лет, как ему «нагадала» цыганка. Все значимые родственники мужского пола в семье пациента уже ушли из жизни: один дядя убит в 64 года; другой — умер в ходе операции (66 лет); брат (40 лет) — из-за анафилактического шока от инъекции; отец — в 63 г. в результате аварии. Д. остается жив и трезв уже спустя два года после обследования.

Рефлексия возраста своей смерти и факта смерти близких людей также способствовала увеличению числа дней ремиссии у респондентов.

Пример 2. Пациент Ж. (60 лет), длительность АЗ — более 35 лет, добился к настоящему моменту 25-летней ремиссии АЗ и обращается исключительно за терапевтической поддержкой в ситуациях стресса под угрозой срыва. На прямой вопрос о возрасте смерти предположил, что умрет в 82 года. Этот возраст он подтверждает и в тексте самоопределяющей проекции будущего: «Через 20 лет. Смерть. О мертвых говорят либо хорошо, либо молчат. Важно, что станут говорить обо мне. По мне, так пусть говорят. (Лучше хорошее)».

Отметим, что устойчивой ремиссии Ж. добился вскоре после суицида брата с алкогольной и игровой зависимостью. Некоторые респонденты достигали максимально продолжительных (и иногда единственных) ремиссий исключительно в результате таких «переходных», важных для

идентичности событий (переезд, развод, свадьба, рождение или смерть ребенка и др.), что часто описывается в исследованиях «естественного» течения АЗ [21].

Трудности рефлексии «финальной сцены» и проекций будущего, их вклад в сокращение ремиссий и способы преодоления.

Непроизвольное, малоосознаваемое проспективное мышление. Проявление менее осознанных вариантов размышления о будущей жизни и смерти оказывало негативное влияние на продолжительность ремиссий. Так, наличие непроизвольных, внезапно возникающих и часто неприятных образов собственной смерти приводило к сокращению максимальной ремиссии. Последнее может говорить о работе примитивных защитных механизмов отрицания и их неожиданных сбоев с последующим импульсивным поведением (acting out), а также избеганием осмысления своей жизни в контексте неизбежности смерти и принятия этого факта. По Хайдеггеру: «Физически смерть разрушает человека, но идея смерти спасает его: <...> сознание предстоящей личной смерти побуждает нас к переходу на более высокий модус существования» [42, с. 30—31]:

Пример 3. Пациент Г., 30 лет, страдал комбинированной (алкоголь и опиоиды) зависимостью. Находясь в тюремной камере, в момент «страстной мысли» о суициде (увидел себя мертвым в крови и внезапно понял, что хочет вскрыть вены), схватил чужую «заточку» и начал «ковырять» вены. Услышав спокойный голос сокамерника о том, что эта «заточка» — «для хлеба», Г. «прозрел», поняв, «как дальше жить», что суицид — это «глупо». Суицид был прерван, мысли о нем больше не возникали. Опиоиды не употребляет более 10 лет, однако в качестве замещающего вещества продолжает злоупотреблять алкоголем в безрецептурной форме.

Произвольные и непроизвольные образы и мысли о будущей смерти отражают размышления пациентов о «финальной сцене», при этом разное направление их влияния на длительность ремиссии, скорее всего, связано с различиями в их функциях [18]. Произвольное ПМ обеспечивает функцию осмысления, адаптации и подготовки к смерти, снижения тревоги, связанной с ее возможностью [25]. Непроизвольные яркие образы смерти, травматичных событий, или «флеш-форварды» [26] не осознаются до момента своего возникновения и «предупреждают» человека о возможном наступлении негативного события [18]. Они часто выступают триггером актуализации эмоциональных расстройств и суицидального поведения [26].

Пример 4. Пациент Л., 30 лет, систематически употреблявший алкоголь с 15 лет и не добившийся ни одной произвольной ремиссии, во

время службы в армии (где вынужденно соблюдал трезвость) совершил импульсивную попытку суицида (попытался прыгнуть с высоты, предварительно напившись), увидев эротические образы якобы изменявшей ему девушки (с момента принятия решения до употребления алкоголя и прыжка прошло несколько минут). Спасен находящимися рядом товарищами.

Непроизвольные образы фатального будущего можно рассматривать и как автоматическую манифестацию (разрядку напряжения по К. Левину [31]) «воспоминаний о будущем» — когда-то смоделированных и 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 жизненного сценария. Пациент Л. (пример 4) описывает парадоксальное стремление *«выпивать, чтобы жить»*, утверждая, что *«если остановишься (пить), то мотор встанет»*.

Глобализация автобиографической памяти и проспективного мышления.

Негативный эффект нарушения рефлексии за счет сверхобобщения или глобализации автобиографических воспоминаний и проспективного мышления (ПМ) в нашем исследовании отразился в том факте, что вытеснение специфичных событий прошлого и будущего стандартными, культурально-ожидаемыми событиями (*«женитьба»*, *«рождение детей»*, *«пенсия»*, *«покупка машины»*) в рамках методики «Линия жизни» (ЛЖ) сокращало продолжительность максимальной ремиссии. Предполагается, что «освоение» событий культурного сценария (КС) и их инструментальное использование для организации автобиографического нарратива свидетельствует о нормальном психическом функционировании индивидов, их способности усваивать культурные нормы и создавать когерентный нарратив [38]. В нашей работе наблюдался другой процесс.

Планируя свою жизнь через пять лет, многие пациенты (особенно с безремиссионным течением АЗ) моделировали 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»* и т. д.

То же наблюдалось и в самоопределяющих проекциях (СПБ) пациентов, когда вместо конкретного события персональной жизни, предполагаемого инструкцией [41], моделировался набор культураль-

но ожидаемых клише, причем часто относящихся к другим людям: «Финансовая независимость, рождение ребенка, постройка своего дома»; «Надеюсь мой сын найдет свою половинку в жизни... будет свадьба, счастье и у сына с женой и у всех нас...»; «Сын пойдет в армию и станет настоящим мужчиной». Похожие события пациенты отображали в будничном на своих «ЛЖ».

Основная проблема автобиографической глобализации при АЗ состоит в том, что со временем она превращается в малоосознаваемый тип реагирования, который усиливает чувства безысходности, депрессии и низкой самооценки [32]. Замещение автономной рефлексии будущего и моделирования конкретных образов культуральными клише затрудняет реконсолидацию старого и интеграцию вновь поступающего опыта в автобиографическую систему, что приводит к невозможности гибко реагировать на новые ситуации [32]. Так, пациент Ч., 52 года, пишет: «Я всегда считал что я выйду на пенсию в 60 лет. Но ... этот срок отложился на 13 лет т.е. до моего 65-летия. С учетом того что дети выросли, работа надоела я жду момента когда можно начать жить только для себя и моей супруги. К большому сожалению, до него можно не дожить».

Хотя безнадежность проявляется в СПб людей с АЗ достаточно редко (ср. данные об эмоциональной валентности проекций у зависимых, [41]), в прогнозе пациента Ч. отражаются деструктивные сценарные родительские послания «Не достигай», «Не чувствуй радости», интериоризуемые детьми в раннем возрасте без какой-либо критики [13; 37]. В случае Ч. они принимают форму пессимистичных ожиданий о сроке жизни (смерть в раннем возрасте до 65 лет, не достигаяшем среднего срока смерти мужчин в России на момент исследования).

Продемонстрированное сверхобобщение — перенос неудачного прошлого опыта на будущую ситуацию без попытки рефлексии других возможностей — корректируется с помощью КБТ. Терапевтическая работа строится на исследовании и выявлении старых глав истории, преобразованных в сценарные опоры-схемы безнадежности, подкрепляемые катастрофизацией и подавляющие самооценку [11; 32; 37]. Для прояснения деструктивных сценариев используют техники «сократического диалога» [11] или деконтаминации (осознания предрассудков, иллюзий и деструктивных убеждений, ограничивающих автономное мышление), когда пациента направляют к рефлексии и осознанию автоматических мыслей о будущем. Так, внимательное исследование представлений пациента Ч. о будущем могло бы вскрыть и базовые убеждения («ранние решения»), лежащие за пессимистичными прогнозами о неспособности добиться запланированного: «Я растерян и напуган», «Все закончится печально», «Мне никто не поможет», «Я неудачник» [9; 11].

Малорефлексируемая межпоколенная передача сценариев.

Факторы, относимые к семейным семантическим опорам сценария — автобиографическому знанию об опыте и судьбе семьи — оказывали разнонаправленное воздействие на длительность ремиссии. Большая частота репрезентаций родительских фигур последовательно оказывалась благоприятным фактором для поддержания ремиссии, как и выбор и освоение традиционной для семьи профессии, возможно, за счет обеспечения социальной поддержки, позволяющей справляться с тревогой в отношении неопределенности будущего. Вместе с тем наличие АЗ в старших поколениях уменьшало индекс ремиссии (соотношение трезвых дней и дней АЗ), а наличие родственников с АЗ, добившихся ремиссии, сокращало длительность максимальных ремиссий. Указанный результат можно интерпретировать с биологических позиций, как указывающий на большую наследственную отягощенность у пациентов с более тяжелым течением АЗ. На психологическом уровне наличие определенных моделей выздоровления от АЗ в семье могло бы ложиться в основу когнитивных искажений, связанных с иллюзией легкости достижения излечения («смогу сам завязать, как дед завязал»), нормализацией приема алкоголя и преуменьшением тяжести заболевания.

Полученные данные подтверждают многочисленные свидетельства о межпоколенной передаче психопатологии, как на генетическом, так и на социокультурном уровне, например, с позиций трансляции специфической алкогольной культуры [28], которая становится семантической опорой алкогольного жизненного сценария.

Возможности психотерапии. Полученные данные могли бы использоваться в психотерапии людей с АЗ, ориентированной на достижение устойчивого выздоровления (recovery). Первое направление интервенций могло бы быть связано с усилением специфичности ПМ пациентов, как в отношении их персональной будущей жизни [15], так и в отношении самого процесса излечения — например, конкретизация и визуализация результатов терапии (см. предисловие J. Beck к этому выпуску) в рамках контрактного метода [13]. На этапе сформированного рабочего альянса у пациентов могла бы стимулироваться рефлексия собственной смертности, которая, по-видимому, способна расширять горизонт эксплицитного планирования и нейтрализовать имплицитные дезадаптивные когниции за счет коррекции обесценивания долгосрочных последствий поведения [30]. Второе касается традиционного для КБТ и ряда других методов достижения инсайта и развития способности к рефлексии мало осознаваемых когниций — в данном случае компонентов плохо осознаваемого жизненного сценария, свя-

занных с «планируемой» продолжительностью и качеством жизни [10]. В-третьих, это интервенции, способствующие усилению когерентности автобиографического нарратива за счет рефлексии собственной и семейной истории.

Ограничения исследования связаны: с 1) отсутствием контрольной группы, хотя контроль ряда показателей эксплицитного проспективного мышления и жизненного сценария осуществлялся в рамках расширения протокола исследования и проведения дополнительных исследований [41], а также анализа данных по нормативным выборкам и выборкам людей с АЗ с похожими критериями включения/исключения и в том же сеттинге [5]; 2) отсутствием пациентов женского пола (связанное с особенностями реабилитационного отделения, где проводилось исследование) и небольшой выборкой (в исследование включено 96 человек, в регрессионный анализ вошли 61 человек), достаточность которой была продемонстрирована в ходе апостериорного анализа; 3) использованием качественных методов сбора и интерпретации данных, что преодолевалось с помощью дополнительной экспертной оценки, методов количественного контент-анализа данных, техники методологической триангуляции, предполагавшей верификацию качественных данных в ходе применения диверсифицированных методик, изучения доступной документации, опроса лечащих специалистов и родственников.

Выводы

1. На длительность ремиссии пациентов с АЗ более выраженное влияние оказывают характеристики бессознательного плана жизни — жизненного сценария, а именно — степень отрефлексированности и дифференцированности относящихся к сценарию событий прошлого и будущего.

2. Пациенты с АЗ, способные к вербализации и рефлексии долгосрочных, личностно значимых представлений о собственном будущем, отражающих базовые убеждения о собственном жизненном пути и его окончании (рефлексия «финальной сцены»), поддерживают более длительные периоды трезвости по сравнению с пациентами, не рефлекслирующими на тему своего будущего и жизненной истории.

3. Глобализация автобиографических воспоминаний и образов личного будущего, выражающаяся в увеличении процента формальных событий традиционного культурного сценария и замещении ими дифференцированных описаний конкретных событий личного прошлого и будущего при выполнении методики «Линия жизни», оказывала отрицательное влияние на продолжительность ремиссии.

4. Психотерапия пациентов с АЗ должна быть ориентирована на усиление рефлексии малоосознаваемых параметров «финальной сцены» жизненного сценария, повышение специфичности эксплицитных образов будущего, как связанных, так и напрямую не связанных с жизненным сценарием.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Алюшева А.П.* Овладение репертуаром культурных жизненных сценариев как фактор развития макроструктуры автобиографической памяти [Электронный ресурс] // Психологические исследования. 2012. Том 5, № 25. С. 3. URL: <http://psystudy.ru> (дата обращения: 04.07.2021).
2. *Волкова С.В., Холмогорова А.Б.* Семейные источники негативной когнитивной схемы при эмоциональных расстройствах (на примере тревожных, депрессивных и соматоформных расстройств) // Консультативная психология и психотерапия. 2001. Том 9. № 4. С. 49—60.
3. *Немцов А.В.* Российская смертность в свете потребления алкоголя // Демографическое обозрение. 2015. Том 2(4). Р. 111—135.
4. *Нуркова В.В.* Свершенное продолжается: Психология автобиографической памяти личности. М.: Изд-во Университета РАО, 2000. 320 с.
5. *Нуркова В.В., Бодунов Е.А.* Автобиографическая память как ресурс преодоления внутриличностного конфликта при алкоголизме // Вестник Московского университета. Серия 14. Психология. 2014. № 2. С. 46—60.
6. *Холмогорова А.Б., Зарецкий В.К.* Может ли культурно-историческая концепция Л. С. Выготского помочь нам лучше понять, что мы делаем как психотерапевты? // Культурно-историческая психология. 2011. Том 7. № 1. С. 108—118.
7. *Шустов Д.И., Меринов А.В., Валентик Ю.В.* Диагностика аутоагрессивного поведения при алкоголизме методом терапевтического интервью. М: МЗ РФ, 2000. 20 с.
8. *Baumeister R. F. et al.* Consciousness of the future as a matrix of maybe: Pragmatic prospection and the simulation of alternative possibilities // *Psychology of Consciousness: Theory, Research, and Practice*. 2018. Vol. 5(3). P. 223—238. DOI: 10.1037/cns0000154
9. *Beck A. T. et al.* *Cognitive therapy of substance abuse*. New York, NY: Guilford Press, 1993. 354 p.
10. *Beck A.T., Finkel M.R., Beck J.S.* The Theory of Modes: Applications to Schizophrenia and Other Psychological Conditions // *Cogn Ther Res*. 2021. Vol. 45. P. 391—400. DOI:10.1007/s10608-020-10098-0
11. *Beck J. et al.* *Cognitive therapy* // *Clinical textbook of addictive disorders* / R.J. Frances, S.I. Miller, A. Mack (eds). New York, NY: Guilford Press, 2005. P. 474—501.
12. *Bellack A., Drapalski A.* Issues and developments on the consumer recovery construct // *World Psychiatry*. 2012. Vol. 11. P. 156—160.
13. *Berne E.* *What do you say after you say Hello?* New York: Grove Press, 1972. 457 p.

14. *Berntsen D., Rubin D.C.* Cultural life scripts structure recall from autobiographical memory // *Memory & Cognition*. 2004. Vol. 32. P. 427—442. DOI:10.3758/bf03195836
15. *Bickel W.K. et al.* Reinforcer Pathology: Implications for Substance Abuse Intervention // *Curr Top Behav Neurosci*. 2020. Vol. 47. P. 139—162. DOI: 10.1007/7854_2020_145.
16. *Bora E., Zorlu N.* Social cognition in alcohol use disorder: a meta-analysis. // *Addiction*. 2017. Vol. 112(1). P. 40—48. DOI: 10.1111/add.13486
17. *Bowen M.* Family therapy in clinical practice. New York: Jason Aronson, 1978. 562 p.
18. *Cole S., Kvavilashvili L.* Spontaneous and deliberate future thinking: a dual process account // *Psychological Research*. 2021. Vol. 85. P. 464—479. DOI:10.1007/s00426-019-01262-7
19. *Conway M. A., et al.* The self-memory system revisited: Past, present, and future. // *The organization and structure of autobiographical memory* / J.H. Mace (Ed.). New York, NY: Oxford University Press, 2019. P. 28—51. DOI: 0.1093/oso/9780198784845.003.0003
20. *D'Argembeau A. et al.* Self-defining future projections: Exploring the identity function of thinking about the future // *Memory*. 2012. Vol. 20(2). P. 110—120. DOI:10.1080/09658211.2011.647697
21. *Dawson D.A. et al.* Maturing out of alcohol dependence: the impact of transitional life events // *Journal of Studies on Alcohol*. 2006. Vol. 67(2). P. 195—203. DOI: 10.15288/jsa.2006.67.195
22. *Goulding M.M., Goulding R.L.* Changing lives through redecision therapy. New York, NY: Grove Press, 1979. 297 p.
23. *Grant P.M., Bredemeier K., Beck A.T.* Six-Month Follow-Up of Recovery-Oriented Cognitive Therapy for Low-Functioning Individuals with Schizophrenia // *Psychiatr Serv*. 2017. Vol. 68. № 10. P. 997—1002. DOI: 10.1176/appi.ps.201600413
24. *Hallford D.J. et al.* Psychopathology and episodic future thinking: A systematic review and meta-analysis of specificity and episodic detail // *Behaviour Research and Therapy*. 2018. Vol. 102. P. 42—51. DOI:10.1016/j.brat.2018.01.003
25. *Hallford D., D'Argembeau A.* Why We Imagine Our Future: Introducing the Functions of Future Thinking Scale (FoFTS) [Электронный ресурс]. DOI:10.31234/osf.io/bez4u. URL: <https://psyarxiv.com/bez4u> (дата обращения: 04.07.2021).
26. *Holmes E.A. et al.* Mental Imagery in Depression: Phenomenology, Potential Mechanisms, and Treatment Implications // *Annu Rev Clin Psychol*. 2016. Vol. 12. P. 249—280. DOI: 10.1146/annurev-clinpsy-021815-092925
27. *Ingvar D. H.* «Memory of the future»: an essay on the temporal organization of conscious awareness // *Hum. Neurobiol*. 1985. Vol. 4. P. 127—136.
28. *Jayne M., Valentine G.* «It makes you go crazy»: Children's knowledge and experience of alcohol consumption // *Journal of Consumer Culture*. 2017. Vol. 17(1). P. 85—104. DOI:10.1177/1469540515574450
29. *Johnsson R.* Client Assessment in Transactional Analysis — A Study of the Reliability and Validity of the Ohlsson, Björk and Johnsson Script Questionnaire. *International Journal of Transactional Analysis Research & Practice* [Электронный ресурс] //

- International Journal of Transactional Analysis Research and Practice. 2011. Vol. 2(2). DOI: 10.29044/v2i2p19
30. Kelley N.J., Schmeichel B.J. Thinking about Death Reduces Delay Discounting // PLoS One. 2015. Vol. 10(12). P. e0144228. DOI: 10.1371/journal.pone.0144228
 31. Lewin K. *Vorsatz, Wille, und Bediirfnis*. Berlin: Verlag von Julius Springer, 1926. 92 p.
 32. Nandrino J.L. et al. Autobiographical memory compromise in individuals with alcohol use disorders: Towards implications for psychotherapy research // Drug and Alcohol Dependence. 2017. Vol. 179. P. 61—70. DOI: 10.1016/j.drugalcdep.2017.06.027
 33. Noriega, G., et al. Prevalence of codependence in young women seeking primary health care and associated risk factors // American Journal of Orthopsychiatry. 2008. Vol. 78(2). P. 199—210. DOI: 10.1037/0002-9432.78.2.199
 34. Rupp C.I., et al. Impact of Social Cognition on Alcohol Dependence Treatment Outcome: Poorer Facial Emotion Recognition Predicts Relapse/Dropout // Alcohol Clin Exp Res. 2017. Vol. 41(12). P. 2197—2206. DOI: 10.1111/acer.13522
 35. Saburova L., et al. Alcohol and fatal life trajectories in Russia: understanding narrative accounts of premature male death in the family // BMC Public Health. 2011. Vol. 11. P. 481. DOI: 10.1186/1471-2458-11-481
 36. Schacter D.L. et al. Episodic future thinking: mechanisms and functions // Current Opinion in Behavioral Sciences. 2017. Vol. 17. P. 41—50. DOI: 10.1016/j.cobeha.2017.06.002
 37. Shustov D.I. et al. The Social Relationship of Suicidal Individuals: A Neglected Issue // The End of Suicidology: Can We Ever Understand Suicide? (Ed. D. Lester). New York: Nova Science Publishers, 2019. P. 127—133.
 38. Singer J.A. et al. Self-defining memories, scripts, and the life story: narrative identity in personality and psychotherapy // Journal of Personality. 2013. Vol. 81(6). P. 569—582. DOI: 10.1111/jopy.12005
 39. Szpunar K.K. Evidence for an implicit influence of memory on future thinking // Memory & Cognition. 2010. Vol. 38(5). P. 531—540. DOI:10.3758/mc.38.5.531
 40. Thorne A., McLean K. *Manual for coding events in self-defining memories*. University of California, Santa Cruz, 2001. 24 p.
 41. Tuchina O.D. et al. Ambivalent Prospection: Covid-Related Attitudes in Patients with Substance Dependence // Counselling Psychology and Psychotherapy [Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya]. 2020. Vol. 28(3). P. 100—121. DOI:10.17759/cpp.2020280307
 42. Yalom I. *Existential Psychotherapy*. New York, NY: Basic Books, 1980. 524 p.

REFERENCES

1. Alyusheva A.R. Ovladenie repertuarom kul'turnykh zhiznennykh stsenariiev kak faktor razvitiya makrostruktury avtobiograficheskoi pamyati [Acquisition of cultural life scripts repertory as a factor of autobiographical memory macrostructure development] [Elektronnyi resurs]. *Psikhologicheskie issledovaniya [Psychological Studies]*. 2012. Vol. 5, no. 25, pp. 3. Available at: <http://psystudy.ru> (Accessed: 04.07.2021).
2. Volikova S.V., Kholmogorova A.B. Semeinye istochniki negativnoi kognitivnoi skhemy pri emotsional'nykh rasstroistvakh (na primere trevozhnykh, depressivnykh

- i somatoformnykh rasstroistv) [Family sources of negative cognitive scheme in emotional disorders (anxiety, depressive and somatiphorm disorders). *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya [Counseling Psychology and Psychotherapy]*. 2001. Vol. 9, no. 4, pp. 49—60.
3. Nemtsov A.V. Rossiiskaya smertnost' v svete potrebleniya alkogolya [Mortality in Russia in Light of the Alcohol Consumption]. *Demograficheskoe obozrenie [Demographic Review]*. 2015. Vol. 2, no. 4, pp. 111—135.
 4. Nourkova V.V., Bodunov E.A. Avtobiograficheskaya pamyat' kak resurs preodoleniya vnutrilichnostnogo konflikta pri alkogolizme [Autobiographical memory as a resource for coping with intrapersonal conflict in alcoholics]. *Vestnik Moskovskogo universiteta. Seriya 14. Psikhologiya. [Moscow University Psychology Bulletin]*. 2014. Vol. 2, pp. 46—60.
 5. Nurkova V.V. Svershennoe prodolzhaetsya: Psikhologiya avtobiograficheskoi pamyati lichnosti [*Past continuous: psychology of autobiographical memory*]. Moscow: Izd-vo Universiteta RAO, 2000, pp. 46—50.
 6. Kholmogorova A.B., Zaretsky V.K. Can Vygotsky's Cultural-Historical Concept Help us to Better Understand What We Do as Therapists? *Kul'turno-istoricheskaya psikhologiya [Cultural-Historical Psychology]*, 2011. Vol. 7, no. 1, pp. 108—121.
 7. Shustov D.I., Merinov A.V., Valentik Yu.V. Diagnostika autoagressivnogo povedeniya pri alkogolizme metodom terapevticheskogo interv'yuu [Diagnosing self-destructiveness in patients with alcohol dependence using therapeutic interview]. Moscow: Ministry of Healthcare of the Russian Federation, 2000. 20 p.
 8. Baumeister R.F. et al. Consciousness of the future as a matrix of maybe: Pragmatic prospection and the simulation of alternative possibilities. *Psychology of Consciousness: Theory, Research, and Practice*, 2018. Vol. 5(3), pp. 223—238. DOI: 10.1037/cns0000154
 9. Beck A.T. et al. Cognitive therapy of substance abuse. New York, NY: Guilford Press, 1993. 354 p.
 10. Beck A.T., Finkel M.R., Beck J.S. The Theory of Modes: Applications to Schizophrenia and Other Psychological Conditions. *Cogn Ther Res*, 2021. Vol. 45, pp. 391—400. DOI:10.1007/s10608-020-10098-0
 11. Beck J. et al. Cognitive therapy // In Clinical textbook of addictive disorders / R.J. Frances, S.I. Miller, A. Mack (eds). New York, NY: Guilford Press, 2005, pp. 474—501.
 12. Bellack A., Drapalski A. Issues and developments on the consumer recovery construct. *World Psychiatry*, 2012. Vol. 11, pp. 156—160.
 13. Berne E. What do you say after you say Hello? New York: Grove Press, 1972. 457 p.
 14. Berntsen D., Rubin D.C. Cultural life scripts structure recall from autobiographical memory. *Memory & Cognition*, 2004. Vol. 32, pp. 427—442. DOI:10.3758/bf03195836
 15. Bickel W.K. et al. Reinforcer Pathology: Implications for Substance Abuse Intervention. *Curr Top Behav Neurosci*, 2020. Vol. 47, pp.139—162. DOI: 10.1007/7854_2020_145.
 16. Bora E., Zorlu N. Social cognition in alcohol use disorder: a meta-analysis. *Addiction*, 2017. Vol. 112(1), pp. 40—48. DOI: 10.1111/add.13486

17. Bowen M. Family therapy in clinical practice. New York: Jason Aronson, 1978. 562 p.
18. Cole S., Kvavilashvili L. Spontaneous and deliberate future thinking: a dual process account. *Psychological Research*, 2021. Vol. 85, pp. 464–479. DOI:10.1007/s00426-019-01262-7
19. Conway M.A., et al. The self-memory system revisited: Past, present, and future. // *The organization and structure of autobiographical memory* / J.H. Mace (Ed.). New York, NY: Oxford University Press, 2019, pp. 28–51. DOI: 0.1093/oso/9780198784845.003.0003
20. D'Argembeau A. et al. Self-defining future projections: Exploring the identity function of thinking about the future. *Memory*, 2012. Vol. 20, no 2, pp. 110–120. DOI:10.1080/09658211.2011.647697
21. Dawson D. A. et al. Maturing out of alcohol dependence: the impact of transitional life events. *Journal of Studies on Alcohol*. 2006. Vol. 67, no 2, pp. 195–203. DOI: 10.15288/jsa.2006.67.195
22. Goulding M.M., Goulding R.L. Changing lives through rededication therapy. New York, NY: Grove Press, 1979. 297 p.
23. Grant P.M., Bredemeier K., Beck A.T. Six-Month Follow-Up of Recovery-Oriented Cognitive Therapy for Low-Functioning Individuals with Schizophrenia. *Psychiatr Serv*, 2017. Vol. 68, no. 10, pp. 997–1002. DOI: 10.1176/appi.ps.201600413
24. Hallford D., D'Argembeau A. Why We Imagine Our Future: Introducing the Functions of Future Thinking Scale (FoFTS) [Электронный ресурс]. 2020. 10.31234/osf.io/bez4u. URL: <https://psyarxiv.com/bez4u> (дата обращения: 04.07.2021).
25. Hallford D.J. et al. Psychopathology and episodic future thinking: A systematic review and meta-analysis of specificity and episodic detail. *Behaviour Research and Therapy*, 2018. Vol. 102, pp. 42–51. DOI: 10.1016/j.brat.2018.01.003
26. Holmes E.A. et al. Mental Imagery in Depression: Phenomenology, Potential Mechanisms, and Treatment Implications. *Annu Rev Clin Psychol*, 2016. Vol. 12, pp. 249–80. DOI: 10.1146/annurev-clinpsy-021815-092925
27. Ingvar D.H. «Memory of the future»: an essay on the temporal organization of conscious awareness. *Hum. Neurobiol*, 1985. Vol. 4, pp. 127–136.
28. Jayne M., Valentine G. «It makes you go crazy»: Children's knowledge and experience of alcohol consumption. *Journal of Consumer Culture*, 2017. Vol. 17, no. 1, pp.85–104. DOI:10.1177/1469540515574450
29. Johnsson R. Client Assessment in Transactional Analysis — A Study of the Reliability and Validity of the Ohlsson, Björk and Johnsson Script Questionnaire. *International Journal of Transactional Analysis Research & Practice* [Электронный ресурс]. *International Journal of Transactional Analysis Research and Practice*, 2011. Vol. 2(2). DOI: 10.29044/v2i2p19
30. Kelley N.J., Schmeichel B.J. Thinking about Death Reduces Delay Discounting. *PLoS One*, 2015. Vol. 10(12): e0144228. DOI: 10.1371/journal.pone.0144228
31. Lewin K. *Vorsatz, Wille, und Bediirfnis*. Berlin: Verlag von Julius Springer, 1926. 92 p.
32. Nandrino J.-L. et al. Autobiographical memory compromise in individuals with alcohol use disorders: Towards implications for psychotherapy research.

- Drug and Alcohol Dependence*, 2017. Vol. 179, pp. 61–70. DOI: 10.1016/j.drugalcdep.2017.06.027
33. Noriega, G., et al. Prevalence of codependence in young women seeking primary health care and associated risk factors. *American Journal of Orthopsychiatry*, 2008. Vol. 78, no 2, pp. 199–210. DOI: 10.1037/0002-9432.78.2.199
 34. Rupp C.I., et al. Impact of Social Cognition on Alcohol Dependence Treatment Outcome: Poorer Facial Emotion Recognition Predicts Relapse/Dropout. *Alcohol Clin Exp Res*, 2017. Vol. 41, no 12, pp.2197–2206. DOI: 10.1111/acer.13522
 35. Saburova L., et al. Alcohol and fatal life trajectories in Russia: understanding narrative accounts of premature male death in the family. *BMC Public Health*, 2011. Vol. 11, pp. 481. DOI: 10.1186/1471-2458-11-481
 36. Schacter D.L. et al. Episodic future thinking: mechanisms and functions. *Current Opinion in Behavioral Sciences*, 2017. Vol. 17, pp. 41–50. DOI: 10.1016/j.cobeha.2017.06.002
 37. Shustov D.I. et al. The Social Relationship of Suicidal Individuals: A Neglected Issue. *The End of Suicidology: Can We Ever Understand Suicide?* (Ed. D. Lester). New York: Nova Science Publishers, 2019, pp. 127–133.
 38. Singer J.A. et al. Self-defining memories, scripts, and the life story: narrative identity in personality and psychotherapy. *Journal of Personality*, 2013. Vol. 81, no. 6, pp. 569–582. DOI: 10.1111/jopy.12005
 39. Szpunar K.K. Evidence for an implicit influence of memory on future thinking. *Memory & Cognition*, 2010. Vol. 38, no 5, pp. 531–540. DOI:10.3758/mc.38.5.531
 40. Thorne A., McLean K. Manual for coding events in self-defining memories. University of California, Santa Cruz, 2001. 24 p.
 41. Tuchina O.D. et al. Ambivalent Prospection: Covid-Related Attitudes in Patients with Substance Dependence. *Counseling Psychology and Psychotherapy [Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya]*, 2020. Vol. 28, no 3, pp. 100–121. DOI:10.17759/cpp.2020280307
 42. Yalom I. *Existential Psychotherapy*. New York, NY: Basic Books. 1980. 524 p.

Информация об авторах

Тучина Ольга Дмитриевна, научный сотрудник, Московский научно-практический центр наркологии Департамента здравоохранения г. Москвы (ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ»), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0683-9080>, e-mail: shtuchina@gmail.com

Агибалова Татьяна Васильевна, доктор медицинских наук, главный научный сотрудник, Московский научно-практический центр наркологии Департамента здравоохранения г. Москвы (ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ»), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1903-5265>, e-mail: agibalovatv@mail.ru

Шустов Дмитрий Иванович, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии, Рязанский государственный медицинский университет

имени академика И.П. Павлова Минздрава РФ ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, г. Рязань, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7803-3388>, e-mail: dmitri_shustov@mail.ru

Information about the authors

Olga D. Tuchina, Researcher, Moscow Research and Practical Centre for Narcology of the Department of Public Health, Moscow, Russian Federation, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0683-9080>, e-mail: shtuchina@gmail.com

Tatiana V. Agibalova, MD, PhD, Principal Researcher, Moscow Research and Practical Centre for Narcology of the Department of Public Health, Moscow, Russian Federation, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1903-5265>, e-mail: agibalovatv@mail.ru

Dmitri I. Shustov, MD, PhD, Professor, Chair of the Department of Psychiatry, I.P. Pavlov Ryazan State Medical University, Ryazan, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7803-3388>, e-mail: dmitri_shustov@mail.ru

Получена 25.06.2021

Received 25.06.2021

Принята в печать 01.09.2021

Accepted 01.09.2021