
АНАЛИЗ СЛУЧАЯ
CASE STUDY

НАРУШЕНИЯ ПРОСПЕКТИВНОЙ СПОСОБНОСТИ КАК ВОЗМОЖНЫЙ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЙ МЕХАНИЗМ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ

О.Д. ТУЧИНА*,
ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ», Москва, Россия,
shtuchina@gmail.com

Д.И. ШУСТОВ**,
ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, Рязань, Россия,
dmitri_shustov@mail.ru

Т.В. АГИБАЛОВА***,
ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ», Москва, Россия,
agibalovatv@mail.ru

Для цит ты:

Тучин О.Д., Шустов Д.И., Агибалов Т.В., Шустов С.А. Нарушения проспективной способности как возможный патогенетический механизм алкогольной зависимости // Консультативная психология и психотерапия. 2019. Т. 27. № 1. С. 79—101. doi: 10.17759/cpp.2019270106

* *Тучин Ольга Дмитриевна*, научный сотрудник научно-клинического отдела ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ», Москва, Россия, e-mail: shtuchina@gmail.com

** *Шустов Дмитрий Ивнович*, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии, ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, Рязань, Россия, e-mail: dmitri_shustov@mail.ru

*** *Агибалов Татьяна Вильевна*, доктор медицинских наук, главный научный сотрудник научно-клинического отдела, ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ», Москва, Россия, e-mail: agibalovatv@mail.ru

С.А. ШУСТОВА****,
ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, Рязань, Россия,
sv_shustova@mail.ru

Различные формы проспективной способности (ПС) классифицируются на основании современных представлений о ее биологических и психологических механизмах. Существование диссоциации между дезадаптивными и адаптивными проявлениями ПС обосновывается с помощью клинических случаев пациентов с синдромом зависимости от алкоголя (N=5) или происходящих из алкогольной семьи (N=1). Все пациенты самостоятельно и добровольно обратились за амбулаторной психотерапевтической помощью и были обследованы методами полуструктурированного интервью (Шустов и др., 2000; Johnsson, 2011); с помощью методики «Линия жизни» (Нуркова, 2000) и путем анализа генограмм (McGoldrick et al, 2008). Выявлено, что имеющиеся у пациентов нарушения ПС, способствующие злокачественному течению алкогольной зависимости, могут быть связаны с наличием у них социокультурно обусловленных автоматических проспективных схем-сценариев, ассоциированных с особыми состояниями «Я», актуализируемыми в моменты неопределенности, стресса и/или под влиянием алкогольной интоксикации.

Ключевые слова: проспективная способность, синдром зависимости от алкоголя, самоопределяющие проекции, схема, сценарий.

Более половины пациентов с алкогольной зависимостью (АЗ) отсеиваются из лечебных программ на ранних этапах [10]. Низкий комплаенс лечению и высокий уровень рецидивов связывают с тем, что пациенты с АЗ склонны игнорировать разумные стратегии поведения, позволяющие поддерживать трезвость, несмотря на осведомленность о них; с трудом планируют будущее и принимают рискованные решения, демонстрируя дефициты проспективной способности (ПС) [3; 34]. Под ПС понимают группу психических процессов и функций, характеризующих способность к прогнозированию и планированию будущих действий [28]. ПС обеспечивает гибкость принятия решений, вносит вклад в эмоциональное регулирование, формирование идентичности и непрерывности чувства «Я» [3]. Дефициты ПС значительно снижают качество жизни и способствуют развитию психических заболеваний [28].

Нарушения ПС при АЗ связаны с дефицитами исполнительных функций, которые медицинская модель зависимостей связывает с органическими изменениями в префронтальной коре головного мозга [35]. Механизм

**** *Шустов Светл и Алекс ндровн*, кандидат медицинских наук, доцент кафедры патофизиологии, ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, Рязань, Россия, e-mail: sv_shustova@mail.ru

нарушения ПС также объясняет модель *втобиографической памяти и рстройств употребления лкоголя*, согласно которой хроническая интоксикация приводит к глобализации автобиографической памяти, нарушениям аутоноэтического переживания прошлого опыта, нарушениям идентичности, связанным с преобладанием негативных самоопределяющих воспоминаний, утрате способности к проспективной самопроекции и др. [24].

Хотя современные методы лечения позволяют пациентам компенсировать указанные дефициты, часть зависимых, даже используя эту возможность, не могут выйти за пределы алкогольного круга проблем [29; 35]. Однако они сохраняют способность к осознанному планированию действий по приобретению алкоголя; формируют сознательные намерения, успешная реализация которых связана с демонстрацией саморазрушающего поведения либо возможностью смерти (как при алкогольных суицидах). Высокая смертность от алкоголя, сопутствующих заболеваний, дорожно-транспортных происшествий (ДТП) в состоянии интоксикации [36] может быть прямым следствием указанных дезадаптивных проявлений *созн тельной* (в англоязычной традиции — *эксплицитной*) ПС и/или определяться действием более глубоких, *бессозн тельных* (соответственно, *имплицитных*) процессов [31], которые становятся фактором, опосредующим принятие решений [18].

Принципиальная возможность *бессозн тельной ПС* обосновывается [19] на примере пациентов с просопагнозией и экспериментов с решением игровой задачи (*IGT, Iowa Gambling Task*) [1]. Проявления ПС, основанные на опосредовании ее сознательных форм бессознательными [31], можно назвать «квазисознательными» и рассматривать как дополняющие другие формы ПС.

Неспособность пациентов с АЗ придерживаться сформулированных намерений и целей и реализовывать намеченные планы по поддержанию здорового образа жизни даже в длительный период трезвости, возможно, связаны с квазисознательными и бессознательными формами ПС, демонстрируемыми пациентами и их микросоциальной средой.

Цель исследования — рассмотреть проявления ПС у пациентов с АЗ и проиллюстрировать возможность выявления ее малоосознаваемых форм с помощью генограмм в ходе психотерапии. Приведенные в статье примеры, как нам кажется, достаточно ярко демонстрируют вышеупомянутую диссоциацию между адаптивными и дезадаптивными проявлениями различных форм ПС.

Метод

Выборка. В анализ включены случаи пяти пациентов с АЗ и одного пациента без АЗ, выросшего в алкогольной семье, осознанно и самостоятельно обра-

тившихся за амбулаторной психотерапией и наблюдавшихся катамнестически свыше одного года. Диагноз АЗ ставился на основании критериев Международной классификации болезней (МКБ-10). Анамнестические сведения собирались в ходе полуструктурированного интервью [5; 21] в терапевтической обстановке на фоне устанавливающегося рабочего альянса. Для исключения когнитивных нарушений и диагностически значимых изменений структур головного мозга пациенты проходили стандартное патопсихологическое и инструментальное (электроэнцефалография, компьютерная томография или магнитно-резонансная томография) обследование. Пациенты предоставляли информированное согласие на лечение и использование случаев в исследовательских целях. Идентифицирующая пациентов информация изменена.

Методы. Для иллюстрации трансляции дезадаптивных форм ПС в микросоциальной среде был использован *метод геногр мм* [4; 22], разработанный в рамках системной семейной терапии. Генограмма позволяет отследить своеобразные повторяющиеся модели семейных отношений, поведения и состояний (рис. 1), которые, по мнению исследователей [11; 21], отражают *цен рий* — социокультурные когнитивные, эмоциональные и поведенческие схемы, одобряемые данной семьей и интериоризованные пациентом в процессе развития. Таким образом, сценарии могут создавать основу долгосрочного планирования жизни, поскольку позволяют человеку организовывать события автобиографического нарратива так, чтобы они соответствовали социокультурным ожиданиям интериоризованных родительских фигур. На макросоциальном уровне сценарии проявляются в культурных сценариях — общекультурном знании о последовательности и времени высокосignальных событий в рамках идеального жизненного пути [8], — которые отличаются от основанного на уникальном феноменологическом опыте индивидуального сценария жизни [7]. Выстраивая генограмму, пациент и терапевт визуализируют транслируемые сценарии, используемые пациентом и его семьей при планировании и реализации будущего, помогая пациенту увидеть и осознать логику принятия решений в семье и творчески реконсолидировать ее, интегрируя с новым опытом.

При анализе генограмм фиксировались совпадения в разных поколениях событий и фактов, которые не могли бы быть объяснены исключительно генетически и характеризовали бы различные формы ПС, а именно: продолжительность жизни и причина смерти родственников, серьезные соматические и психические заболевания, количество детей, браков, разводов и др. Учитывались субъективные интерпретации событий в семье, семейные мифы и истории.

Метод генограмм дополнялся проекционной *методикой «Линия жизни»* [2], когда терапевт просил пациента отметить свой текущий возраст, значимые события прошлого и возможные будущие события на линии, нарисованной на листе бумаги. При анализе наблюдений информация о

событиях будущего соотносилась с содержанием клинического интервью и генограммы для выявления расхождений между источниками данных, свидетельствующих о диссоциации между различными формами ПС.

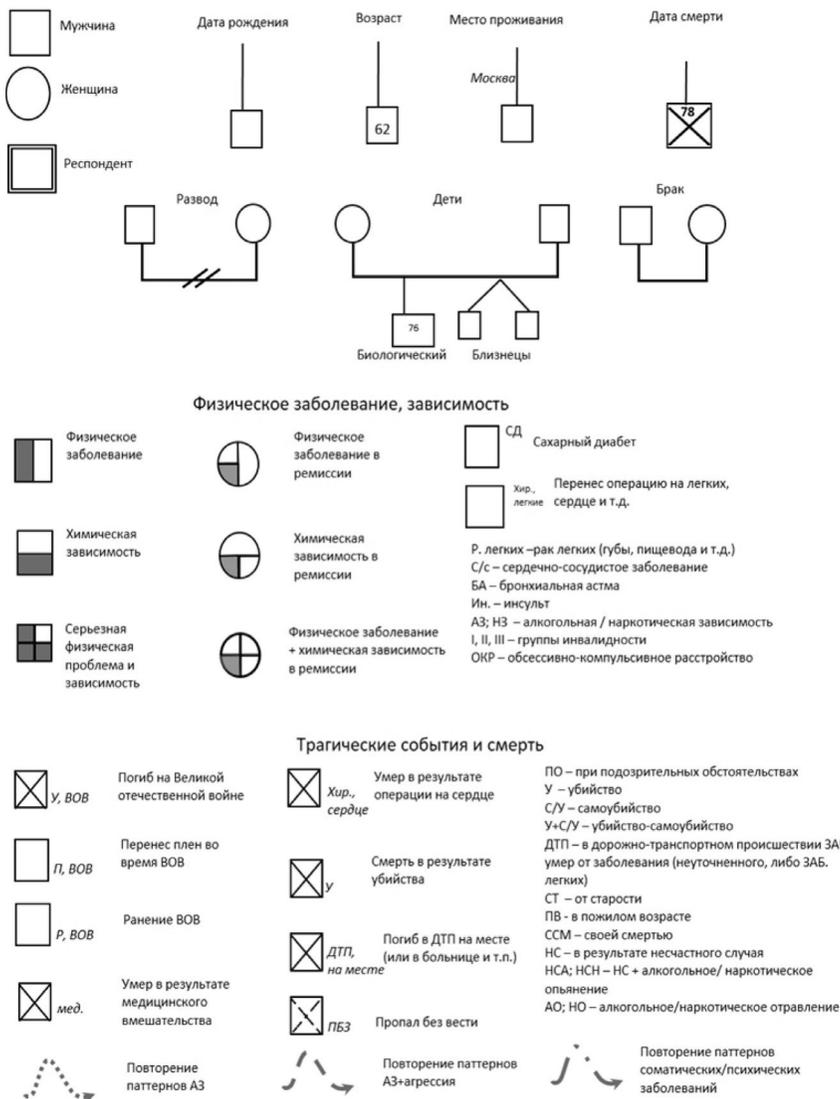


Рис. 1. Символы генограммы

Результ ты

Сознательная форма ПС.

На современном этапе сложился консенсус [28] о механизмах, составляющих сознательные формы ПС, включая: а) *способность к психическому путешествию во времени*, позволяющую повторно переживать прошлый опыт и проецировать опыт в будущее; б) *эпизодическую, сем нтическую и имплицитную п мять*, предоставляющую содержание ПС — психические представления о будущих событиях, «сцены»; в) *сем нтическую опору*, куда эпизодическое и семантическое содержание «встраивается» с помощью механизма *построения сцены*; г) *утоноэтическое созн ние*, с помощью которого сцена соотносится с личностью и поддерживает продолженность «Я» во времени; неразрывно связано с пунктом «а»; д) *мех низм с мопроекции*, с помощью которого сцена проецируется в будущее за счет гибкого переключения внимания.

Сознательная ПС проявляется в процессах моделирования, прогнозирования, намерения и планирования [28]. Также большая роль в ней принадлежит самоопределяющим проекциям будущего (СПБ) — легко доступным осознанию «... психическим образам возможных и высокозначимых событий будущего, которые предоставляют ключевую информацию для понимания своего “Я”» [13, р. 111]. Как и самоопределяющие воспоминания, СПБ группируются вокруг событий культурного сценария [27], поэтому абстрактное будущее «Я» («Я-мать», «Я-пенсионер») на определенном жизненном этапе может запускать ряд специфичных СПБ, которые активно используют автобиографический опыт для конструирования возможных сцен.

Сознательная ПС позволяет человеку реализовывать свободу воли и выбора. Действительно, спонтанные ремиссии АЗ наблюдаются у респондентов часто в особенно значимые, переломные периоды жизни (поступление в вуз, свадьба, рождение ребенка и др.) [16], благодаря тому, что они внезапно осознают, что произойдет в долгосрочной перспективе при продолжении употребления. Это справедливо и для длительных терапевтических ремиссий АЗ. Однако данные о том, что даже при реализации равных возможностей лечения и примерно одинаковом социальном и личностном статусе часть пациентов все равно возвращаются к злоупотреблению алкоголем [29] либо, уже в длительной ремиссии, продолжают испытывать психологические страдания [30], позволяют полагать, что сознательной ПС может быть недостаточно для выздоровления. Это иллюстрирует наблюдение 1, демонстрирующее, как сценарий проявляется в ПС, связанной с продолжительностью жизни.

НАБЛЮДЕНИЕ 1

П., 52 года, ремиссия АЗ более 20 лет. Отец, страдавший АЗ, назвал своих сыновей именами умерших братьев (рис. 2).

Оба сына сформировали АЗ. П. сознательно отказался от употребления спиртного незадолго до алкогольного суицида брата и на протяжении 20 лет получает поддерживающее лечение. В процессе психотерапии была выявлена невротическая фетишизация даты 15.05 — суицида брата, младенческой смерти дядей и собственного сына П. Пациент иронизирует, что «умрет скоро, 15 мая», но на прямой вопрос о продолжительности жизни отвечает, что хочет дожить до 82 лет. Терапевтический контракт на поддерживающие сессии он продлил на десятилетний срок (до 62 лет). По истечении этих 10 лет, по словам П., ему «можно» будет умереть. Таким образом, для П. как бы параллельно существуют 2 срока смерти — 82 года (декларируемый) и 62 года (скрываемый). Наличие альтернативного срока жизни подтверждается генограммой (ранние и трагичные смерти мужчин) и методикой «Линия жизни», на бланке которой жизнь П. до 58 лет (последнее представляемое событие будущего)

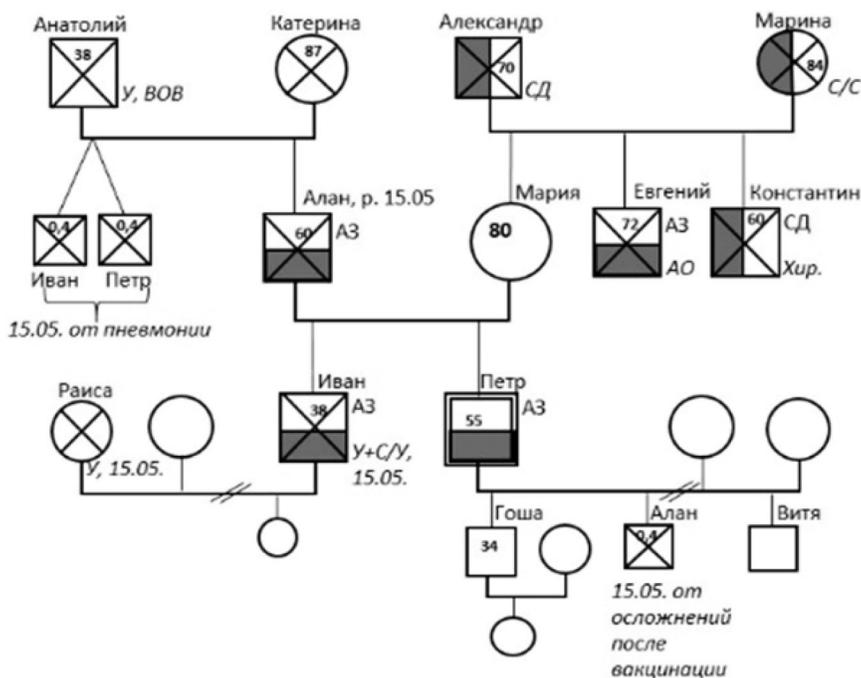


Рис. 2. Генограмма пациента П. (Петр): сознательная перспекция с двойным дном

занимает 84% «Линии жизни», т. е. подсознательно длительность оставшейся жизни П. не превышает 11 лет (69 л.).

Наблюдение 1 поднимает вопрос о соотношении сознательной ПС и СПБ с реальной судьбой человека. Насколько поведение, определяющее жизненный путь, совпадает с сознательными намерениями, прогнозами и планами людей или все-таки оно определяется более глубокими, бессознательными процессами?

Квасисознательная форма ПС.

В наиболее значимом из немногочисленных исследований концепции бессознательных процессов в парадигме ПС участников (N=180) просили описать событие из жизни, которое вполне вероятно могло бы произойти с ними на следующей неделе [31]. Предварительно испытуемые выполняли, на первый взгляд, не связанное с планированием задание: их вынуждали думать о социальных отношениях либо учебе, осуществляя прайминг — экспериментальную процедуру, использующую феномен имплицитной памяти (ИП), когда контакт со стимулом влияет на последующее опознание, воспроизведение или классификацию таких же или похожих стимулов [6]. Группа прайминга значимо чаще генерировала соответствующие события, чем контрольная группа. То есть недавние имплицитные воспоминания определяли сознательное прогнозирование. Авторы сделали вывод о том, что декларативная память предоставляет детали для моделирования будущего, а ИП определяет манеру, в которой происходит отбор этих деталей и их непосредственная организация в образы будущего [31]. Такую квазисознательную ПС демонстрирует Наблюдение 2.

НАБЛЮДЕНИЕ 2

В., 27 л., талантливый представитель творческой профессии, неспособный поддерживать ремиссии АЗ свыше 1 месяца.

В. сообщает об эпизоде предвидения: в 15 лет он внезапно «увидел свое будущее, что я там — никакой», и понял, что в жизни ничего не добьется. Впоследствии бросил художественное училище, выпивал, чтобы «бутылкой занять руки». Развелся с женой, повторив в этом судьбу отца. Живет на деньги новой гражданской жены, употребляя алкоголь вместе с ней. В состоянии интоксикации периодически выходит на улицу, демонстрирует агрессивное поведение, часто получая побои в драках.

Возможно, в результате «вспышки предвосхищения» [26] В. сформировал устойчивую негативную СПБ как «самосбывающееся пророчество». Анализ нарратива показывает, что теперь, на сознательном уровне, В. демонстрирует неспособность к адаптивному моделированию и планированию и использует негативную СПБ для оправдания проявлений саморазрушающего поведения.

По данным интервью, в семье В. транслировалась семейная легенда о другом случае спонтанного проявления ПС. Бабушка В. (80 лет) и ее брат (81 год) умерли в один день, причем накануне брату привиделась мать, сказавшая: «Скоро вы с Милой будете со мной». В детстве В. мог претерпеть внутрисемейный социальный прайминг, который имплантировал концепцию преждевременной смерти через трансляции истории бабушки в нескольких поколениях. Анализ семейной истории показывает, что именно «прайм» в форме легенды о предвидении смерти позволил В. интерпретировать обычный спонтанный образ будущего как высоко значимый феноменологический опыт, трансформировав его в самосбывающееся пророчество.

Бессознательная форма ПС.

Утверждается, что некоторые производные ПС оказывают «первазивное и автоматическое (т. е. произвольное, быстрое, часто бессознательное)» [18, р. 148] влияние на когниции, восприятие, обучение, эмоции и поведение людей, а большинство компонентов ПС могут осуществляться рефлексивно и подсознательно (там же). Существование бессознательной ПС обосновывается данными исследований процедурной памяти и бессознательных процессов, включая прайминг [18], а также данными исследований гипотезы соматических маркеров, объясняющей процесс формирования имплицитных моделей будущего [11]. Приведенные концепции показывают, что ИП может выступать в качестве резервуара для «готовых» образов будущего, которые могли бы опосредовать сознательную ПС (определяя ее манеру, как при квазисознательных проявлениях), либо вообще «замещать» сознательное планирование в определенных контекстах. Второй — собственно *бессознательный* — путь объяснял бы факты расхождения сознательного планирования и результата, либо возникновения определенного результата вне планирования («спонтанное» самоповреждение и «привычная» травматизация). Модель двойного процесса показывает, что бессознательные сценарии могут обходить исполнительный контроль и непосредственно стимулировать связанное с неосознаваемым опытом поведение, особенно в ситуациях неопределенности, стресса и химической интоксикации, блокируя осознанное принятие решений [11]. Проявлениями бессознательной ПС является феномен «вспышек предвосхищения» [26], а также случаи творческого «предвидения» обстоятельств и даже дат смерти, которые потом «мистическим» образом совпадали с реальностью (М. Лермонтов, М. Твен, Н. Рубцов). В опросе Восточной ассоциации травматической хирургии (N=302) 95% респондентов встречали пациентов, сообщавших о предчувствии смерти; 50% опрошенных согласились с тем, что смертность выше именно у этих пациентов, хотя факт «предчувствий» не вызывал отклонений от протокола лечения [23].

НАБЛЮДЕНИЕ 3

С., 60 лет, обсессивно-компульсивное расстройство (ОКР), сочетающееся с АЗ в ремиссии. Злоупотреблял алкоголем до 36 лет, затем лечился «кодированием» на 5 лет и сформировал ремиссию (на 24 года). В истории материнской линии происходила череда трагических смертей. Мать С. (62 года) повесилась из-за конфликта с супругом; из 6 дядей и тетей 4 умерло неестественной смертью в состоянии опьянения (рис. 3).

Средний возраст смерти родственников по материнской линии — 63 года, мужчин — 53 года, а своей смертью в пожилом возрасте умирали исключительно женщины. В 59 лет, в преддверии череды годовщин гибели родственников и после смерти от инфаркта шурина, у С. начались приступы ОКР, сопровождающиеся страхом смерти на фоне депрессии. С. лечился по поводу ОКР медикаментозно и психотерапевтически, но самостоятельно прекращал лечение, как только добивался облегчения симптомов (3 эпизода обращения за лечением к разным квалифицированным терапевтам и ухода из терапии), несмотря на декларацию понимания важности лечения.

Семья по материнской линии транслирует сценарий трагической смерти, используя АЗ как средство достижения цели. С. мог интер-

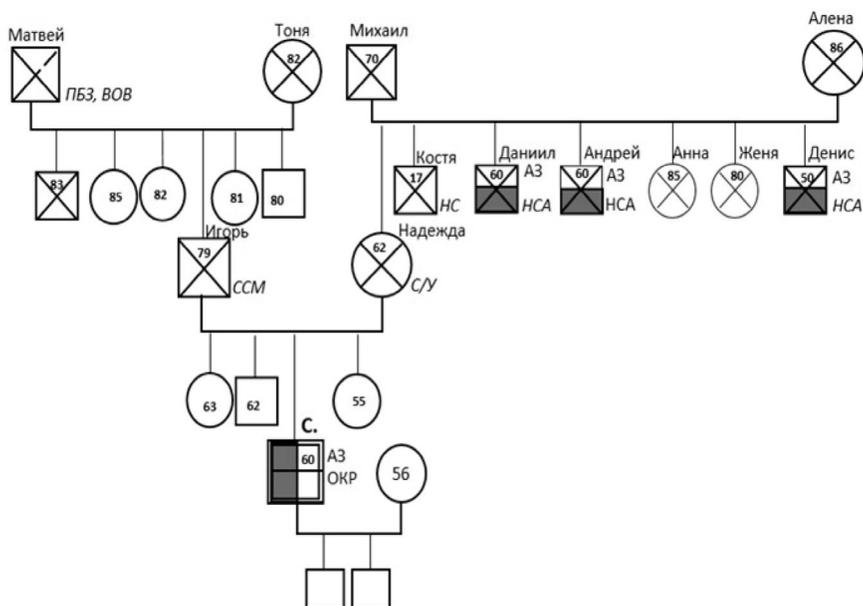


Рис. 3. Генограмма пациента С.: замещение сознательной ПС бессознательной при актуализации сценариев неблагополучной семейной подсистемы

нализовать его при общении с матерью — единственной женщиной, повторившей «мужскую» судьбу и, вероятно, имевшей «мужской» сценарий трагической гибели. С точки зрения модели двойного процесса, алкогольная интоксикация (в состоянии которой завершали жизнь мужчины семьи) позволяла актуализировать бессознательный сценарий путем блокады когнитивного контроля. С. удалось добиться длительной ремиссии АЗ, «обезвредив» механизм блокады на 23 года. После триггерного события сценарий преждевременной смерти вновь проявился симптомами ОКР. При этом С. остается способен к сознательному планированию лечения лишь до тех пор, пока испытывает сильный душевный дискомфорт, и тут же «блокирует» его, добившись облегчения симптомов. Нерациональное прерывание терапии, которое может привести к усугублению ОКР и срыву ремиссии АЗ, способствуя реализации сценария, свидетельствует о замене сознательной ПС бессознательной (продвигающей трагический финал) по типу диссоциации.

Особенности бессознательной ПС.

По крайней мере, ряд форм бессознательной ПС может представлять собой онтогенетически более ранние формы сознательной ПС [19]. Предположительно, они основываются на имплицитных образах, источником которых являются соматические маркеры [15], доступные детям до того, как они становятся способны к полноценной сознательной самопроекции в будущее. Соматические маркеры — это имплицитные образы эмоциональной значимости стимулов, позволяющие принимать решения в ситуации сложности и неопределенности при отсутствии осознаваемых психических образов, которые можно было бы использовать при прогнозировании [1; 15]. Гипотеза соматических маркеров при зависимостях связывает аддиктивную «миопию в отношении будущего» с преморбидным нарушением механизма соматических маркеров, когда зависимые демонстрируют «выраженную забывчивость в отношении будущих последствий решений и нарушения обучения на основе опыта» [34, р. 49] и отсутствие антиципационной кожно-гальванической реакции при выполнении *IGT*.

НАБЛЮДЕНИЕ 4

Павел (31 год) страдает АЗ, в клинике которой наблюдаются палимпсесты и эпизоды патологического опьянения, при котором происходит актуализация ярости даже после употребления небольшой дозы спиртного: у пациента, с его слов, «расширяются зрачки и глаза становятся невменяемыми». Оба деда и отец Павла страдали АЗ (рис. 4).

Деда прожили долгую жизнь, а отец сформировал спонтанную ремиссию. По линии матери, прадед (тезка Павла) погиб в штрафном батальоне, куда был отправлен за нападение на офицера; другой прадед — дворянин-революционер — был расстрелян в 1937 г. С точки зрения гипотезы соматических маркеров, мужчины по материнской линии «наследуют» дефект механизма соматических маркеров, не позволяющий им правильно оценивать последствия своего импульсивного поведения, т. е. страдают от нарушений ПС. С точки зрения модели двойного процесса, алкогольная интоксикация оказывается привычным для семьи способом снижения когнитивного контроля, который позволяет «прорываться» сценарию агрессивного поведения.

Уже в последних триместрах беременности плод способен воспринимать и переживать определенные телесные состояния и сохранять их в ИП [20]. Таким образом, ощущения базового комфорта и безопасности при взаимодействии со средой формируются еще до того, как ребенок начинает отделять себя от окружения и материнского организма. Влияние стиля родительства на формирование мозга и психических

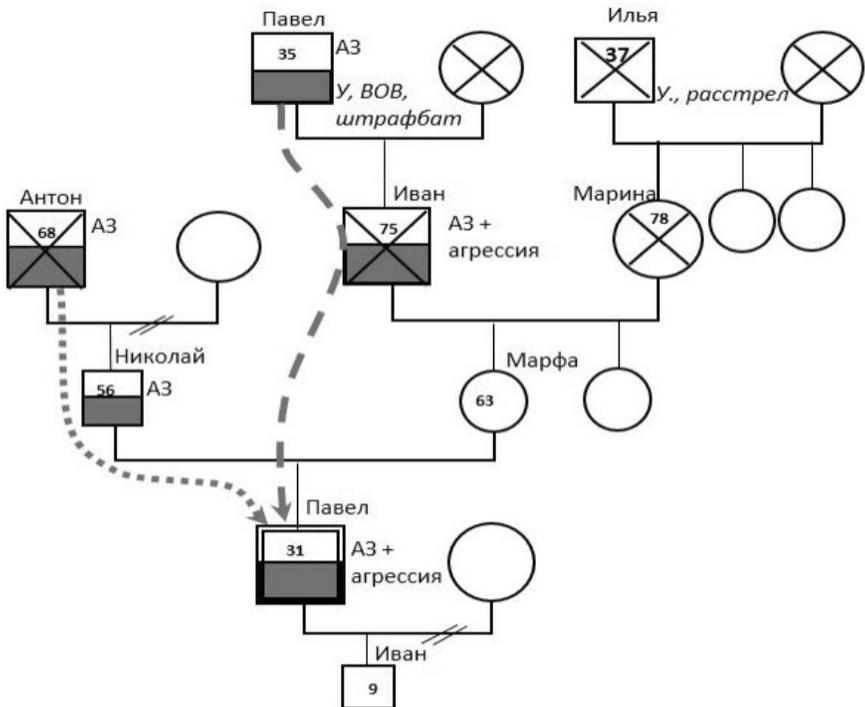


Рис. 4. ИмPLICITное моделирование агрессии и алкогольной зависимости

функций — научно достоверный факт [25]. Возможно, и характер основанных на соматических маркерах имплицитных моделей будет определяться социокультурными воздействиями. Эта возможность иллюстрируется случаем выросшего в алкогольной семье пациента без АЗ.

НАБЛЮДЕНИЕ 5

Сергей (48 лет) обратился по поводу панических атак с ощущением удушья, стартовавших в 36 лет. Выяснилось, что такие специфические симптомы могли быть связаны со страхом смерти от утопления. Мальчика учили плавать, бросая его в реку (как учили плавать и Есенина, в честь которого назвали Сергея). В тот момент, вероятно, и были сформированы соматические маркеры, актуализируемые во время панических атак. Интересно, что проблемы с легкими и недостатком воздуха встречались в разных поколениях данной семьи (рис. 5).

Дядя по линии матери утонул в 11 лет. Дед (55 лет), сталевар, умер от заболевания легких («забиты стальными стружками»). У страдающего АЗ отца Сергея (74 года) — бронхиальная астма. Анализ истории семьи показал, что сценарий удушья формировался во взаимодействии с несколькими членами семьи мужского пола. Отец назвал ребенка в честь поэта, страдавшего АЗ и совершившего суицид через повешенье. Такое присвоение имени может быть еще одним примером социального прайминга (см. наблюдение 4), поскольку, связывая идентичность ребенка с личностью поэта, отец имплантировал не только концепцию гениальности и славы, но и психического нездоровья. Неосознанно прайминг про-

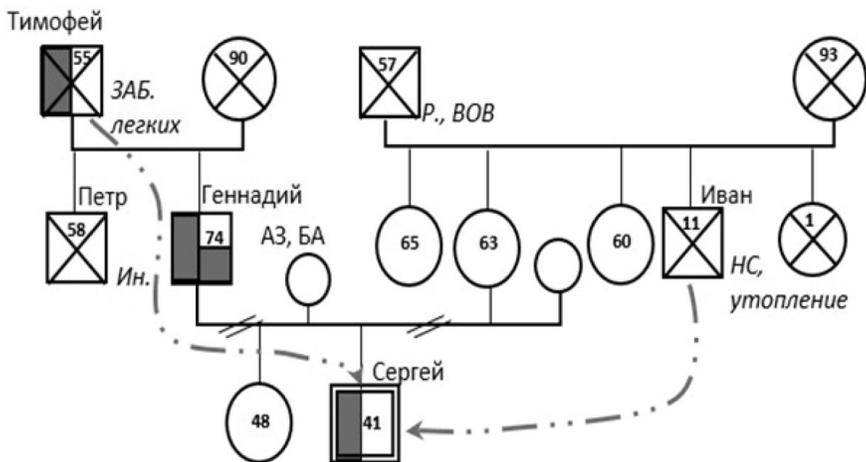


Рис. 5. Генограмма Сергея: имплицитное моделирование «удушья»

должил и дед, учивший внука плавать по-есенински и постаравшийся передать ему семейные ощущения удушья. То, что Сергей принял предложенный ему сценарий, подтверждается фактом сознательного нарушения запрета приближаться к реке, установленного бабушкой (мамой утонувшего дяди), и в 7 лет самостоятельно переплывал Оку.

Модели, основанные на имплицитном знании об отношениях.

В соответствии с линией рассуждений о роли социальных влияний в развитии ПС бессознательный материал ПС может включать имплицитные образы моделей привязанности [9]. Они подразумевают своеобразное процедурное знание о том, как взаимодействовать с родительскими фигурами, и могут существовать в виде психических образов и/или телесных представлений, либо в значительной степени основываться на них [6]. Например, пациент С. (наблюдение 3) отмечает, что кто-то «сидит в груди и говорит: «Ты особо не радуйся ... у тебя будет плохое настроение».

Способность прогнозировать реакцию родителя и потенциальные последствия собственного поведения и эмоциональных реакций становится ключевой для выживания в социальной среде [6]. Ребенок делает то, что возможно, для сохранения привязанности с заботящейся фигурой, демонстрируя поощряемые в семье модели поведения, мышления и эмоций. Подкрепляемые модели недифференцированно интериоризируются, а затем апробируются в различных контекстах, что позволяет выбрать наиболее приемлемые с точки зрения семейной культуры [4; 22]. Микросоциальные ожидания часто концентрируются вокруг того, что ребенок должен сделать, чтобы получить желаемую близость от фигур привязанности. Иногда для этого люди могут наносить себя увечья и даже убивать себя, поскольку патологическая адаптация к родительскому окружению может потребовать и крайних мер. В психотерапии подобное поведение изучается с точки зрения реализующейся анти-витальной установки [5; 7] или с позиций «семейной лояльности» [22]. В этом случае актуализация имплицитной модели, связанной с фигурой привязанности, может запускать сознательные аутоагрессивные мысли и действия.

**НАБЛЮДЕНИЕ 6. ИМПЛИЦИТНЫЕ МОДЕЛИ ОТНОШЕНИЙ:
БЕССОЗНАТЕЛЬНОЕ ПРОГРАММИРОВАНИЕ СРОКА ЖИЗНИ**

И., 36 лет, АЗ, ремиссия — 3 года. И. отмечает постоянные передозировки алкоголя с тотальными амнезиями, частые черепно-мозговые травмы, самоповреждения, пробы наркотиков. Отец И. страдал АЗ. В 33 года во время семейного скандала, будучи в состоянии опьянения, ударил себя ножом в сердце на глазах у родственников. Сви-

детель этой сцены, четырехлетний И. запомнил слова тети, обращенные к отцу: «Чтоб ты сдох, ты давно всех мучаешь». После смерти отца воспитывался матерью, но не смог представить ни одного приятного детского воспоминания о ней. Образ отца, наоборот, идеализирует, демонстрируя привязанность к нему. В 25 лет во время конфликта на фоне запоя, когда кто-то из близких сказал: «Ты портишь нам жизнь, чтоб ты подох!», — внезапно возник образ отца, распростертого на кровати, подумал: «Почему отец смог, а я не смогу?», — и ударил себя подвернувшимся кухонным ножом в область сердца. Остался жив. Для поддержания привязанности с погибшим отцом, И. пришлось бессознательно организовать жизнь таким образом, чтобы повторить его жизнь и все модели отношений, которые сделали возможной отцовскую смерть. ИмPLICITное моделирование отцовской смерти «сработало», заблокировав сознательную ПС и запустив суицидальный эксцесс.

Обсуждение

Недифференцируемо накапливаемый в детстве бессознательный материал формирует основу сценария [7] как бессознательной проспективной схемы и может либо опосредовать сознательную ПС (квазисознательная форма), либо «замещать» ее (бессознательная форма). Квазисознательная ПС, по нашему клиническому опыту, часто происходит с помощью прайминга, когда семья использует особое имя или семейную легенду для манипулирования дальнейшим жизненным выбором своих членов (наблюдения 1, 2, 5). При «замещении» сознательной ПС бессознательной бессознательный материал «прорывается» в «здесь-и-сейчас» и позволяет человеку идентифицироваться с той частью личности, которая когда-то приняла некое решение и всеми силами стремится удовлетворить свой «рефлекс цели» (наблюдения 1, 2, 3, 4, 6).

В современных теориях памяти и идентичности полагается, что личность обладает множественными Я — представлениями человека о себе прошлом, настоящем и будущем [27]. При сознательной ПС человек проецирует в воображаемую сцену будущего осознаваемое текущее либо прошлое Я [12]. В отсутствие аутоноэтического сознания [32; 34] ПС могла бы основываться (1) на телесно-запечатленных представлениях об эмоциональном опыте [19] и (2) имPLICITных моделях привязанности, играющих ключевую роль для выживания. Интересно, что именно эти компоненты формируют базовые Я и дают начало базовому сознанию [14]. Развивая эту мысль, предположим, что базовые Я, которые оказываются неразрывно связанными

с бессознательными моделями будущего, семантизируются и автоматизируются в результате многократного повторения в общении с микросоциумом и сохраняются как *бессозн тельное проспективное или сцен рное Я*. Это сценарное Я — носитель бессознательной проспективной схемы — будет «возникать» в сензитивные периоды жизни по механизму самотосенсорного предвосхищения, предопределяя возможный выбор.

При бессознательных формах ПС самопроекция могла бы осуществляться за счет идентификации с этой ранней неосознаваемой субличностью, как если бы феноменологический опыт личности сливался с феноменологическим опытом сценарного Я, как, например, в партиципационных воспоминаниях о травматическом опыте [17].

Так, Сергей (наблюдение 5) в панических атаках проживает предвосхищение собственной смерти. Суицидальная попытка И. (наблюдение 6) была спровоцирована идентификацией с магическим мышлением всемогущего ребенка четырех лет, когда алкогольная интоксикация позволила бессознательному сценарию, активированному социальным стимулом, обойти когнитивный контроль.

Приведенные в статье сведения позволяют скорректировать традиционные и выделить новые мишени психотерапии в работе с пациентами с АЗ, а именно: 1) дефициты сознательной ПС; 2) дезадаптивные проявления и дефициты ПС, связанные с преобладанием ее бессознательных форм; 3) концепция заболевания и жизненного пути пациентов с АЗ, операционализируемая в терминах бессознательного сценария жизни как продукта ПС; 4) семейная динамика, подкрепляющая нарушения ПС.

Мишени группы 1, как правило, рутинно включаются в психотерапевтический план и корректируются методиками когнитивно-поведенческой психотерапии (формирование имплементационных намерений, карточки совладания, противорецидивные планы и т. д.). Мишени групп 2 и 3 редко становятся объектом психотерапевтического воздействия в клинической терапии АЗ, хотя так или иначе затрагиваются психодинамическими и интегративными методами (например, в мотивационном интервью и схема-терапии). Наиболее полно они прорабатываются в транзакционном анализе [7] с помощью сценарного анализа, позволяющего увидеть связи и закономерности в принятии решений, череде аутодеструктивных инцидентов и осознать логику появления определенных событий в рамках собственного жизненного пути. Последняя группа мишеней (4) предполагает фокусировку на семейных способах трансляции дезадаптивных моделей ПС, достижение инсайта о внутрисемейном неблагополучии и превенцию подобной передачи в собственных семьях пациентов с АЗ.

Выводы

В представленных клинических наблюдениях алкогольная проблематика, злокачественность течения алкогольной зависимости, способность к формированию ремиссий в большой мере определяются диссоциацией между сознательными и бессознательными формами ПС или степенью, в которой вторые опосредуют первые. Алкогольная интоксикация и АЗ выступают либо как социокультурно одобряемое средство снижения когнитивного контроля для реализации негативных жизненных сценариев (преждевременная смерть), либо как собственно «продукт» алкогольного сценария, подразумевающего реализацию определенной судьбы, не всегда трагической, но чаще — «не своей», не автономной. Сформулированные предположения о наличии сценарных состояний Я и выявленные связи нуждаются в дополнительной эмпирической проверке.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Медведев Т.И., Ениколопов Е.В., Ениколопов С.Н.* Гипотеза соматических маркеров Дамасио и игровая задача (IGT): обзор [Электронный ресурс] // Психологические исследования. 2013. Т. 6. № 32. С. 10. URL: <http://psystudy.ru> (дата обращения: 28.08.2018).
2. *Нурков В.В.* Свершенное продолжается: психология автобиографической памяти личности. М.: УРАО, 2000. 316 с.
3. *Тучин О.Д., Шустов Д.И., Новиков С.А., и др.* Память будущего: обзор исследований проспективного мышления у пациентов с синдромом зависимости от алкоголя // Вопросы наркологии. 2017. № 12. С. 145—177.
4. *Холмогоров А.Б., Г р нян Н.Г., Ш йб П., и др.* Эмоции и психическое здоровье в социальном и семейном контексте (на модели соматоформных расстройств) [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2011. № 1. URL: <http://medpsy.ru> (дата обращения: 28.08.2018).
5. *Шустов Д.И., Меринов А.В., В лентик Ю.В.* Диагностика аутоагрессивного поведения при алкоголизме методом терапевтического интервью. М.: МЗ РФ, 2000. 20 с.
6. *Beckes L., IJzerman H., Tops M.* Toward a radically embodied neuroscience of attachment and relationships [Электронный ресурс] // *Frontiers in Human Neuroscience*. 2015. Vol. 9 (266). URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov> (дата обращения: 28.08.2018). doi:10.3389/fnhum.2015.00266
7. *Berne E.* What do you say after you say Hello? New York: Grove Press, 1972. 457 p.
8. *Berntsen D., Rubin D.C.* Cultural life scripts structure recall from autobiographical memory // *Memory & Cognition*. 2004. Vol. 32 (3). P. 427—442. doi:10.3758/bf03195836
9. *Bowlby J.* Attachment and Loss. Vol. I: Attachment. 2nd ed. New York: Basic Books, 1982. 425 p.

10. *Brorson H.H., Ajo Arnevik E., Rand-Hendriksen K., et al.* Drop-out from addiction treatment: A systematic review of risk factors // *Clinical Psychology Review*. 2013. Vol. 33 (8). P. 1010—1024. doi:10.1016/j.cpr.2013.07.007
11. *Brown S.L., Lipka S., Coyne S.M., et al.* Implicit alcohol-aggression scripts and alcohol-related aggression on a laboratory task in 11- to 14-year-old adolescents // *Aggressive Behavior*. 2011. Vol. 37 (5). P. 430—439. doi:10.1002/ab.20400
12. *Buckner R.L., Carroll D.C.* Self-projection and the brain // *Trends in Cognitive Sciences*. 2007. Vol. 11 (2). P. 49—57. doi:10.1016/j.tics.2006.11.004
13. *D'Argebeau A., Lardi C., van der Linden M.* 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
14. *Damasio A.R.* Investigating the biology of consciousness // *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*. 1998. Vol. 353 (1377). P. 1879—1882. doi:10.1098/rstb.1998.0339
15. *Damasio A.R.* The somatic marker hypothesis and the possible functions of the prefrontal cortex // *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*. 1996. Vol. 351 (1346). P. 1413—1420. doi:10.1098/rstb.1996.0125
16. *Dawson D.A., Grant B.F., Stinson F.S., 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
17. *Fogel A.* Remembering Infancy: Accessing Our Earliest Experiences // *Theories of infant development / J.G. Bremner, A. Slater (eds.)*. Cambridge: Blackwell, 2003. P. 204—230.
18. *Fukukura J., Helzer E.G., Ferguson M.J.* Prospection by Any Other Name? A Response to Seligman et al. (2013) // *Perspectives on Psychological Science*. 2013. Vol. 8 (2). P. 146—150. doi:10.1177/1745691612474320
19. *Gerrans P., Sander D.* Feeling the future: prospects for a theory of implicit prospection // *Biology & Philosophy*. 2013. Vol. 29 (5). P. 699—710. doi:10.1007/s10539-013-9408-9
20. *Hepper P.G.* Fetal memory: Does it exist? What does it do? // *Acta Paediatrica*. 1996. Vol. 416. P. 16—20. doi:10.1111/j.1651-2227.1996.tb14272.x
21. *Johnsson R.* Client Assessment in Transactional Analysis — A Study of the Reliability and Validity of the Ohlsson, Björk and Johnsson Script Questionnaire [Электронный ресурс] // *International Journal of Transactional Analysis Research and Practice*. 2011. Vol. 2 (2). URL: <http://www.ijtar.org> (дата обращения: 28.08.2018).
22. *McGoldrick M., Gerson R., Petry S.* Genograms: Assessment and Intervention. 3rd ed. New York: W.W. Norton & Company, 2008. 380 p.
23. *Miglietta M.A., Toma G.I., Docimo S., et al.* Premonition of death in trauma: a survey of healthcare providers // *The American Surgeon*. 2009. Vol. 75 (12). P. 1220—1226.
24. *Nandrino J.-L., Gandolphe M.-C., El Haj M.* 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
25. *Newman L., Sivaratnam C., Komiti A.* Attachment and early brain development — neuroprotective interventions in infant-caregiver therapy [Электронный

- ресурс] // *Translational Developmental Psychiatry*. 2015. Vol. 3 (1). P. 28647. URL: <https://www.tandfonline.com> (дата обращения: 28.08.2018). doi:10.3402/tdp.v3.28647
26. Ng R.M.K., Di Simplicio M., McManus F., et al. “Flashforwards” and suicidal ideation: A prospective investigation of mental imagery, entrapment and defeat in a cohort from the Hong Kong Mental Morbidity Survey // *Psychiatry Research*. 2016. Vol. 246. P. 453—460. doi:10.1016/j.psychres.2016.10.018
 27. Rathbone C.J., Salgado S., Akan M., et al. Imagining the future: a cross-cultural perspective on possible selves // *Consciousness and Cognition*. 2016. Vol. 42. P. 113—124. doi:10.1016/j.concog.2016.03.008
 28. Schacter D.L., Benoit R.G., Szpunar K.K. 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
 29. Schuckit M.A., Smith T.L. Onset and course of alcoholism over 25 years in middle class men // *Drug and Alcohol Dependence*. 2011. Vol. 113 (1). P. 21—28. doi:10.1016/j.drugalcdep.2010.06.017
 30. Shustov D.I., Tuchina O.D., Agibalova T.V. Games Abstainers Play // *Transactional Analysis Journal*. 2017. Vol. 48 (1). P. 43—58. doi:10.1080/03621537.2018.1397970
 31. 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
 32. Tulving E. Memory and consciousness // *Psychologie Canadienne*. 1985. Vol. 26. P. 1—12. doi:10.1037/h0080017
 33. Tulving E., Schacter D. Priming and human memory systems // *Science*. 1990. Vol. 247 (4940). P. 301—306. doi:10.1126/science.2296719
 34. Verdejo-García A., Bechara A. A somatic marker theory of addiction // *Neuropharmacology*. 2009. Vol. 56 (S1). P. 48—62. doi:10.1016/j.neuropharm.2008.07.035
 35. Volkow N.D., Koob G.F., McLellan A.T. Neurobiologic advances from the brain disease model of addiction // *New England Journal of Medicine*. 2016. Vol. 374 (4). P. 363—371. doi:10.1056/NEJMr1511480
 36. *World Health Organization*. Global status report on alcohol and health 2018. Geneva: World Health Organization, 2018. 450 p.

DEFICITS OF PROSPECTIVE CAPACITY AS POSSIBLE MECHANISM IN PATHOGENESIS OF ALCOHOL DEPENDENCE

O.D. TUCHINA*,
Moscow Research and Practical Centre for Narcology of the Department
of Public Health, Moscow, Russia,
shtuchina@gmail.com

D.I. SHUSTOV**,
I.P. Pavlov Ryazan State Medical University, Ryazan, Russia,
dmitri_shustov@mail.ru

T.V. AGIBALOVA***,
Moscow Research and Practical Centre for Narcology of the Department
of Public Health, Moscow, Russia,
agibalovatv@mail.ru

S.A. SHUSTOVA***,
I.P. Pavlov Ryazan State Medical University, Ryazan, Russia,
sv_shustova@mail.ru

The article presents a taxonomy of prospective capacity (PC) relying on the up-to-date understanding of its neurobiological and psychological mechanisms. The rationale for the existence of a dissociation between adaptive and maladaptive manifestations of explicit and implicit forms of PC rests on a study of clinical cases of alcohol-dependent patients (N=5) and adult children of alcoholics (N=1), who ap-

For citation:

Tuchina O.D., Shustov D.I., Agibalova T.V., Shustova S.A. Deficits of Prospective Capacity as Possible Mechanism in Pathogenesis of Alcohol Dependence. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya [Counseling Psychology and Psychotherapy]*, 2019. Vol. 27, no. 1, pp. 79–101. doi: 10.17759/cpp.2019270106. (In Russ., abstr. in Engl.).

* *Tuchina Ol'ga Dmitrievna*, Researcher, Research and Clinical Department, Moscow Research and Practical Center for Narcology, Moscow, Russia, e-mail: shtuchina@gmail.com

** *Shustov Dmitrii Ivanovich*, Doctor in Medicine, Professor, Head of Psychiatry Department, I.P. Pavlov Ryazan State Medical University, Ryazan, Russia, e-mail: dmitri_shustov@mail.ru

*** *Agibalova Tat'yana Vasil'evna*, Doctor in Medicine, Chief Researcher, Research and Clinical Department, Moscow Research and Practical Center for Narcology, Moscow, Russia, e-mail: agibalovatv@mail.ru

**** *Shustova Svetlana Aleksandrovna*, Ph.D., Associate Professor, Pathophysiology Department, I.P. Pavlov Ryazan State Medical University, Ryazan, Russia, e-mail: sv_shustova@mail.ru

plied for outpatient psychotherapy of alcohol dependence or related issues. The patients underwent specific semi-structured interviews (Shustov et al., 2000; Johnsson, 2011); completed the Life Line method (Nurkova, 2000) and compiled genograms (McGoldrick et al, 2008). Based on the findings of clinical case studies, the authors have proposed that alcohol-dependent patients' PC deficits that aggravate the course of alcohol dependence may relate to the existence of socially and culturally bound automatic prospective schemata, i.e. scripts that relate to specific states of self and actualize under uncertainty, stress and/or alcohol intoxication.

Keywords: prospective capacity, alcohol dependence, self-defining future projections, prospective scheme, script.

REFERENCES

1. Medvedeva T.I., Enikolopova E.V., Enikolopov S.N. Gipoteza somaticheskikh markerov Damasio i igrovaya zadacha (IGT): obzor [Elektronnyi resurs] [Damasio's Somatic Marker Hypothesis and Iowa Gambling Task (review)]. *Psikhologicheskie issledovaniya [Psychological Studies]*, 2013. Vol. 6 (32), p. 10. Available at: <http://psystudy.ru> (Accessed 28.08.2018). (In Russ., abstr. in Engl.).
2. Nurkova V.V. Svershennoe prodolzhaetsya: Psikhologiya avtobiograficheskoi pamyati lichnosti [Past continuous: psychology of autobiographical memory]. Moscow: URAO Publ., 2000. 316 p.
3. Tuchina O.D., Shustov D.I., Novikov S.A., et al. Pamyat' budushchego: obzor issledovaniy prospektivnogo myshleniya u patsientov s sindromom zavisimosti ot alkogolya [Memory of the future: a review of research on prospective thinking impairments in patients with alcohol dependence syndrome]. *Voprosy narkologii [Problems of narcology]*, 2017, no. 12, pp. 145—177.
4. Kholmogorova A.B., Garanyan N.G., Scheib P., et al. Emotsii i psikhicheskoe zdorov'e v sotsial'nom i semeinom kontekste (na modeli somatoformnykh rasstroystv) [Elektronnyi resurs] [Emotions and mental health in the social and family contexts (the model of somatoform disorders)]. *Meditsinskaya psikhologiya v Rossii. [Medical Psychology in Russia]*, 2011, no. 1. Available at: <http://medpsy.ru>. (Accessed 28.08.2018).
5. Shustov D.I., Merinov A.V., Valentik Yu.V. Diagnostika autoagressivnogo povedeniya pri alkogolizme metodom terapevticheskogo interv'yua [Diagnosing self-destructiveness in patients with alcohol dependence using therapeutic interview]. Moscow: Ministry of Healthcare of the Russian Federation, 2000. 20 p.
6. Beckes L., IJzerman H., Tops M. Toward a radically embodied neuroscience of attachment and relationships [Elektronnyi resurs]. *Frontiers in Human Neuroscience*, 2015. Vol. 9 (266). Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov> (Accessed 28.08.2018). doi:10.3389/fnhum.2015.00266
7. Berne E. What do you say after you say Hello? New York: Grove Press, 1972. 457 p.
8. Berntsen D., Rubin D.C. Cultural life scripts structure recall from autobiographical memory. *Memory & Cognition*, 2004. Vol. 32 (3), pp. 427—442. doi:10.3758/bf03195836
9. Bowlby J. Attachment and Loss. Vol. I: Attachment. 2nd ed. New York: Basic Books, 1982. 425 p.

10. Brorson H.H., Ajo Arnevik E., Rand-Hendriksen K., et al. Drop-out from addiction treatment: A systematic review of risk factors. *Clinical Psychology Review*, 2013. Vol. 33 (8), pp. 1010—1024. doi:10.1016/j.cpr.2013.07.007
11. Brown S.L., Lipka S., Coyne S.M., et al. Implicit alcohol-aggression scripts and alcohol-related aggression on a laboratory task in 11- to 14-year-old adolescents. *Aggressive Behavior*, 2011. Vol. 37 (5), pp. 430—439. doi:10.1002/ab.20400
12. Buckner R.L., Carroll D.C. Self-projection and the brain. *Trends in Cognitive Sciences*, 2007. Vol. 11 (2), pp. 49—57. doi:10.1016/j.tics.2006.11.004
13. D'Argembeau A., Lardi C., van der Linden M. Self-defining future projections: Exploring the identity function of thinking about the future. *Memory*, 2012. Vol. 20 (2), pp. 110—120. doi:10.1080/09658211.2011.647697
14. Damasio A.R. Investigating the biology of consciousness. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 1998. Vol. 353 (1377), pp. 1879—1882. doi:10.1098/rstb.1998.0339
15. Damasio A.R. The somatic marker hypothesis and the possible functions of the prefrontal cortex. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 1996. Vol. 351 (1346), pp. 1413—1420. doi:10.1098/rstb.1996.0125
16. Dawson D.A., Grant B.F., Stinson F.S., et al. Maturing out of alcohol dependence: the impact of transitional life events. *Journal of Studies on Alcohol*, 2006. Vol. 67 (2), pp. 195—203. doi:10.15288/jsa.2006.67.195
17. Fogel A. Remembering Infancy: Accessing Our Earliest Experiences. In Bremner J.G., Slater A. (eds.). *Theories of infant development*. Cambridge: Blackwell, 2003, pp. 204—230.
18. Fukukura J., Helzer E.G., Ferguson M.J. Prospective capacity by Any Other Name? A Response to Seligman et al. (2013). *Perspectives on Psychological Science*, 2013. Vol. 8 (2), pp. 146—150. doi:10.1177/1745691612474320
19. Gerrans P., Sander D. Feeling the future: prospects for a theory of implicit prospective capacity. *Biology & Philosophy*, 2013. Vol. 29 (5), pp. 699—710. doi:10.1007/s10539-013-9408-9
20. Hepper P.G. Fetal memory: Does it exist? What does it do? *Acta Paediatrica*, 1996. Vol. 416, pp. 16—20. doi:10.1111/j.1651-2227.1996.tb14272.x
21. Johnsson R. Client Assessment in Transactional Analysis — A Study of the Reliability and Validity of the Ohlsson, Bj rk and Johnsson Script Questionnaire [Elektronnyi resurs]. *International Journal of Transactional Analysis Research & Practice*, 2011. Vol. 2 (2). Available at: <http://www.ijtarp.org> (Accessed 28.08.2018).
22. McGoldrick M., Gerson R., Petry S. Genograms: Assessment and Intervention. 3rd ed. New York: W.W. Norton & Company, 2008. 380 p.
23. Miglietta M.A., Toma G.I., Docimo S., et al. Premonition of death in trauma: a survey of healthcare providers. *The American Surgeon*, 2009. Vol. 75 (12), pp. 1220—1226.
24. Nandrino J.-L., Gandolphe M.-C., El Haj M. 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
25. Newman L., Sivaratnam C., Komiti A. Attachment and early brain development — neuroprotective interventions in infant-caregiver therapy [Elektronnyi resurs].

- Translational Developmental Psychiatry*, 2015. Vol. 3 (1). Available at: <https://www.tandfonline.com> (Accessed 28.08.2018). doi:10.3402/tdp.v3.28647
26. Ng R.M.K., Di Simplicio M., McManus F., et al. “Flashforwards” and suicidal ideation: A prospective investigation of mental imagery, entrapment and defeat in a cohort from the Hong Kong Mental Morbidity Survey. *Psychiatry Research*, 2016. Vol. 246, pp. 453—460. doi:10.1016/j.psychres.2016.10.018
 27. Rathbone C.J., Salgado S., Akan M., et al. Imagining the future: a cross-cultural perspective on possible selves. *Consciousness and Cognition*, 2016. Vol. 42, pp. 113—124. doi:10.1016/j.concog.2016.03.008
 28. Schacter D.L., Benoit R.G., Szpunar K.K. 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
 29. Schuckit M.A., Smith T.L. Onset and course of alcoholism over 25 years in middle class men. *Drug and Alcohol Dependence*, 2011. Vol. 113 (1), pp. 21—28. doi:10.1016/j.drugaldep.2010.06.017
 30. Shustov D.I., Tuchina O.D., Agibalova T.V. Games Abstainers Play. *Transactional Analysis Journal*, 2017. Vol. 48 (1), pp. 43—58. doi:10.1080/03621537.2018.1397970
 31. Szpunar K.K. Evidence for an implicit influence of memory on future thinking. *Memory & Cognition*, 2010. Vol. 38 (5), pp. 531—540. doi:10.3758/mc.38.5.531
 32. Tulving E. Memory and consciousness. *Psychologie Canadienne*, 1985. Vol. 26, pp. 1—12. doi:10.1037/h0080017
 33. Tulving E., Schacter D. Priming and human memory systems. *Science*, 1990. Vol. 247 (4940), pp. 301—306. doi:10.1126/science.2296719
 34. Verdejo-García A., Bechara A. A somatic marker theory of addiction. *Neuropharmacology*, 2009. Vol. 56, pp. 48—62. doi:10.1016/j.neuropharm.2008.07.035
 35. Volkow N.D., Koob G.F., McLellan A.T. Neurobiologic advances from the brain disease model of addiction. *New England Journal of Medicine*, 2016. Vol. 374 (4), pp. 363—371. doi:10.1056/NEJMr1511480
 36. World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2018. Geneva: World Health Organization, 2018. 450 p.