



Психотерапия нарушений проспективного мышления в реабилитации наркологических пациентов

Т.В. Агибалова^{✉1,2}, О.Д. Тучина¹, А.А. Чудаева¹

¹ ГБУЗ «Московский научно-практический центр наркологии» Департамента здравоохранения г. Москвы, Москва, Россия;

² ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов им. Патриса Лумумбы», Москва, Россия

✉ agibalovatv@mail.ru

Аннотация

Нарушения проспективного мышления (НПМ) в значительной мере обуславливают главную проблему алкогольной зависимости (АЗ), а именно неспособность остановить злоупотребление, даже несмотря на серьезные негативные последствия для здоровья и жизни. Лечебная и реабилитационная работа направлена на оптимизацию фактического будущего людей с АЗ за счет улучшения психофизического здоровья, качества и продолжительности жизни, расширения и оздоровления коммуникативной активности. Между тем и работа с психическими представлениями о будущем (проспективным мышлением) у пациентов обладает выраженным противорецидивным эффектом. В статье рассматривается клиника типичных НПМ у пациентов при представлении своего будущего. Представлены простые и экологичные методы диагностики и анализа НПМ, которые могут использоваться в практике врача психиатра-нарколога, психотерапевта, медицинского психолога. Представленные методики позволяют структурировать психосоциальные вмешательства в среднесрочной перспективе, а также определить значимые мишени в индивидуальной и групповой психотерапии, психологическом консультировании и психообразовании, которые усилят терапевтический альянс и создадут благоприятное терапевтическое пространство.

Ключевые слова: алкогольная зависимость, проспективное мышление, психотерапия.

Для цитирования: Агибалова Т.В., Тучина О.Д., Чудаева А.А. Психотерапия нарушений проспективного мышления в реабилитации наркологических пациентов. *Клинический разбор в общей медицине*. 2025; 6 (8): 51–55. DOI: 10.47407/kr2025.6.8.00658

Psychotherapy of future thinking deficits in rehabilitation of addictive disorders

Tatyana V. Agibalova^{✉1,2}, Olga D. Tuchina¹, Alexandra A. Chudayeva¹

¹ Moscow Scientific and Practical Center for Narcology, Moscow, Russia;

² Patrice Lumumba Peoples' Friendship University of Russia, Moscow, Russia

✉ agibalovatv@mail.ru

Abstract

Future thinking deficits (FTD) may to a great extent explain the main issue of alcohol dependence (AD), and namely, one's failure to stop drinking, even in spite of the serious negative consequences for health and life. Treatment and rehabilitation aim at changing the actual future of people with AD by improving their mental and physical health, quality and duration of life, expanding and improving social activity. Meanwhile, working with mental future thinking may also have a marked relapse-prevention effect. The article outlines the clinical picture of typical FTD in alcohol-dependent patients, provides simple and ecological methods for diagnosing and analyzing FTD that can be used in addiction treatment, by doctors, psychotherapists, or medical psychologists. The presented methods allow to structure psychosocial interventions in the medium term, and to identify significant targets in individual and group psychotherapy, psychological counseling, and psychoeducation that will strengthen therapeutic alliance and create a benevolent therapeutic space during medical rehabilitation.

Keywords: alcohol dependence, future thinking, psychotherapy.

For citation: Agibalova T.V., Tuchina O.D., Chudayeva A.A. Psychotherapy of future thinking deficits in rehabilitation of addictive disorders. *Clinical review for general practice*. 2025; 6 (8): 51–55 (In Russ.). DOI: 10.47407/kr2025.6.8.00658

Введение

Употребление крепкого алкоголя – одна из главных причин смертности населения в России и мире, причем риск преждевременной смерти возрастает с увеличением объема потребляемого алкоголя [1]. Проблема осложняется низкой обращаемостью за лечением и высоким отсевом из программ лечения алкогольной зависимости (АЗ). Одним из значимых факторов отсева пациентов являются патопсихологические параметры [2]. Среди них последовательно выделяют зачастую преморбидные по отношению к АЗ нарушения, отражающие дефициты проспективного мышления (ПМ) – способности формировать психические образы будущего и

использовать их в процессе планирования и принятия решений. Данные нарушения связаны с высоким риском принятия опасных и дезадаптивных решений, импульсивных и необдуманных действий и могут вносить вклад в досрочное прекращение лечения, срывы и рецидивы АЗ [3].

Усилия по преодолению нарушений ПМ (НПМ) у пациентов с разными психическими заболеваниями, включая АЗ, в процессе психотерапии приводят к реконсолидации автобиографических воспоминаний, изменению модели будущего и улучшению параметров ПМ [4, 5]. Данные интервенции до сих пор широко не внедрены в практику наркологической помощи, в том

числе из-за отсутствия доступного обучения, литературы и рекомендаций по их проведению.

В обзоре мы рассмотрим клинику типичных НПМ у пациентов с АЗ при представлении собственного будущего, методы диагностики и возможные доказательные психотерапевтические техники коррекции.

Диагностика НПМ с помощью качественных методик

Диагностика НПМ у пациентов с АЗ может проводиться с помощью качественных психодиагностических методик и естественным образом встраиваться в лечебно-реабилитационный процесс, не образуя для пациентов стрессовой (а для кого-то фрустрирующей) ситуации психологического эксперимента.

Изучение представлений о будущем следует проводить при помощи методов, позволяющих собрать достаточный для анализа НПМ материал. Анализ вербального материала, полученного в рамках клинической беседы, дополняемой графическими и проективными методиками, может осуществляться как непосредственно в ходе психотерапевтической работы (при наличии достаточного опыта), так и постфактум, с дальнейшим обсуждением результатов с пациентом.

Среди удачных с точки зрения психотерапии методик, на наш взгляд, можно выделить методики «Линия жизни» [6], «Исследование самоопределяющих проекций» [7] и «Культурный сценарий» [8]. Они ориентированы на исследование событий, имеющих высокую личностную значимость, вследствие чего пациенты более мотивированы к их выполнению.

Методика «Линия жизни» используется для изучения представлений пациентов о личном будущем в рамках целостной репрезентации жизненного пути [6]. Пациентам предлагают поставить отметку возраста, в котором сейчас находится участник, на бланке формата А4 с уже нарисованной линией и отложить от нее значимые для него события прошлого и будущего, располагая их над или под линией, в зависимости от окраски (позитивная – над чертой, негативная – под) и интенсивности (чем больше расстояние до линии, тем интенсивнее переживается событие) эмоциональной реакции на событие. Данный метод позволяет оценить количественные (количество событий прошлого/будущего, количество событий детства и др.), феноменологические (эмоциональную интенсивность и окрашенность) и содержательные (наличие и частота событий прошлого/будущего, количество событий из жизни других людей, количество специфичных/глобализованных событий, различные факты будущей жизни и др.) параметры ПМ.

Методика «Исследование самоопределяющих проекций» [7, 9] используется для оценки личностно значимых образов будущего, часто моделируемых в воображении и отражающих центральные жизненные темы или конфликты личности. Ознакомившись с определением самоопределяющих проекций, испытуемые записывают (или воспроизводят событие вслух под

диктофонную запись для дальнейшего анализа) одно из таких событий, которое с большой вероятностью могло произойти с ними в будущем. Участников просят указать временной промежуток до наступления самоопределяющих проекций будущего (временная дистанция/временная перспектива) и оценить его феноменологические параметры – яркость переживания, эмоциональную валентность, частоту моделирования, значимость для идентичности – по 7-балльной шкале.

Методика «Культурный сценарий» [10] используется для исследования социокультурных аспектов ПМ и сформированности образа идеального, культурально-одобряемого образа жизненного пути у пациентов с АЗ. Испытуемых просят назвать 7 событий, которые могли бы произойти с ребенком того же пола, родившегося в тот же день и в той же стране, что и испытуемый, и оценить их вероятность, важность и эмоциональную валентность по 7-балльной шкале и возможный возраст наступления. Сравнение профилей (количества событий) культурного сценария и линии жизни проводится для обнаружения отклонений в процессе освоения пациентами с АЗ культурных норм и выявления несоответствий между культурными и индивидуальными представлениями пациентов с АЗ о будущем. Процент событий культурного сценария на линии жизни используется как маркер автобиографической глобализации.

Нарушения рефлексии долгосрочного будущего (жизненного сценария) можно изучать, собирая повествовательный материал с помощью линии жизни и самоопределяющих проекций (в случае если они содержат достаточно удаленные от настоящего момента события – в перспективе от 2 лет) либо отдельных вопросов полуструктурированных анамнестических и биографических интервью [11, 12], ориентированных на исследование представлений о долгосрочном будущем пациентов, в том числе завершении собственного пути: «Какой вы представляете свою жизнь через пять лет? Как, по какой причине вы умрете? В каком возрасте вы умрете? (До какого возраста вы доживете?) Можете ли вы представить свою смерть? Похороны? Если да, то опишите эту сцену». Данные вопросы рекомендуется задавать на фоне сформированного рабочего альянса (3–6-я встреча) с пациентом в контексте доверительной клинической беседы/психотерапевтической работы.

Интерпретация данных

Оценка степени дифференцированности

В норме во всех методиках от респондентов ожидается извлечение специфичных, т.е. уникальных, непродолжительных по времени (от нескольких минут до нескольких часов, но не более суток) событий, воспринимаемых как непрерывное целое, содержащих достаточно большое количество разнообразных деталей, относящихся к данному событию (цепочка связанных событий/действий, описание обстановки и времени, цвета, вкуса, внешнего вида, запаха окружающих предметов, других действующих лиц и т.д.). Кроме того, в

норме специфичные события содержат фразы, свидетельствующие об осмыслении происходящего респондентом в рамках его жизненного контекста, главных тем или конфликтов его жизни, рефлексии значения события для дальнейшей жизни. На линии жизни ожидается преобладание уникальных специфичных («момент встречи с женой после выписки»), либо, в меньшей степени, продолженных («поездка в Турцию на неделю»), но не глобализованных абстрактных событий («выздоровление»). Большинство событий культурного сценария должны в той или иной форме присутствовать на линии жизни, однако не должны вытеснять уникальные жизненные события индивида.

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

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

Оценка тематического содержания

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

В случае респондентов с АЗ ожидается преимущественное выявление событий, связанных с межличностными отношениями («восстановлю отношения с родными», «останусь один, все от меня откажутся»), негативно окрашенными событиями на тему «достижений» («увольят», «потеряю все деньги», «фирма прогорит»). Отсутствие позитивных внутриличностных событий (ориентированных на собственный рост и достижения, в которых повествование фокусируется на личности говорящего, а не других людей) может сигнализировать о выраженной безнадежности пациентов с АЗ – общепризнанном маркере суицидальности. С другой стороны,

пациенты с АЗ склонны в целом демонстрировать ограничения при размышлении о негативных событиях собственного будущего, даже вероятных с учетом контекста их заболевания (развод, заболевание, смерть, банкротство и т.д.), что связано с желанием избежать негативных эмоциональных переживаний и защитным механизмом отрицания.

Наличие моделей будущего, связанных с употреблением психоактивных веществ (например, проекций о предстоящих праздниках, юбилеях, которые можно было бы отнести к категориям отдыха либо отношений, если бы пациент не имел диагноза АЗ), несмотря на позитивную («будет юбилей сына – будет шампанское, вино, все будут веселиться») или негативную окраску («излечусь... порядком надоела вся эта гадость... где ни купишь вещество, хоть в дорогом магазине, там все равно налита какая-то отравка»), должно восприниматься как маркер высокого риска непродолжительных ремиссий и срыва, наличия актуального влечения к алкоголю и корректироваться в рамках мотивационных воздействий.

Наличие у респондентов моделей будущего, связанных с угрозой жизни, может рассматриваться с разных сторон: в случае если это событие связано с рефлексией завершения собственного жизненного пути, его осмыслением, то это может свидетельствовать и о более благоприятном прогнозе в плане становления и поддержания ремиссии для данного пациента. Если это событие связано с угрозой жизни и здоровью для другого человека (в том числе со стороны самого пациента – модель мести) либо самого пациента (но пациент не осмысляет значения события, а наоборот, выражает сильные негативные чувства в его отношении), требуется более тщательное исследование и обсуждение роли события в жизни пациента, связанных ожиданий и опасений.

Наличие моделей алкоголь-связанной смерти может свидетельствовать о худшем прогнозе в плане становления ремиссии. Наличие моделей смерти в результате суицида требует проработки аутоагрессивных тенденций, возможно, кризисной интервенции или составления плана безопасности.

Оценка временной перспективы

Протяженность временной перспективы респондента можно оценить по возрасту последнего события будущего на линии жизни (насколько далеко респондент видит свое будущее). Случаи, когда на линии жизни имеются события будущего, но респондент затрудняется датировать их, следует считать признаком нарушения временной перспективы. О протяженности временной перспективы пациента косвенно свидетельствует и временная дистанция самоопределяющих проекций – насколько отдалено значимое для идентичности респондента событие, а также способность сформулировать представления о жизни через пять лет.

В норме создание моделей долгосрочного (от 2 лет) будущего не должно быть затруднено. В случае если по большинству методик респондент демонстрирует не-

способность к моделированию долгосрочного будущего, рекомендуются дополнительная психометрическая оценка временной перспективы (например, с помощью «Опросника временной перспективы Зимбардо») и выполнение упражнений, ориентированных на ее расширение.

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

В норме вербализация представлений о завершении собственного жизненного пути в контексте сформированного рабочего альянса между специалистом и респондентом не должна быть затруднена. Как правило, предъявляются социально приемлемые и культурально ожидаемые причины смерти («своей смертью в старости, лет в 80, в постели, в окружении детей и внуков»). Пациенты с АЗ могут описывать «финальные сцены» и причины смерти, так или иначе связанные с употреблением алкоголя («умру от цирроза», «если не брошу пить, то умру скоро, несчастный случай»).

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

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

Особого внимания требуют сцены насильственной смерти и самоубийства. С такими пациентами рекомендуется проводить антисуицидальную терапию.

Спонтанные образы смерти

Для сбора данных о наличии флеш-форвардов можно использовать вопросы: «Переживали ли вы яркие спонтанные (внезапно возникающие, вмешивающиеся) образы или мысли о собственной смерти? Как часто это происходит? Что это за образы или мысли? Опишите их. Когда вы переживали такой образ/мысль последний раз? Опишите его/ее. Что или какие специфические события/состояния происходили в течение 2 нед – 1 мес после возникновения этого образа/мысли?»

Подходы к интерпретации ответов

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

Респонденты, сообщающие о наличии частых сцен собственной, как правило насильственной, смерти, входят в группу риска тревожных расстройств, депрессии и

суицида. Такие респонденты нуждаются в дополнительной диагностике и соответствующей психотерапевтической работе. В частности, если респондент сообщает о недавних ярких образах («картинках») собственной смерти, это может говорить о высоком риске суицидальной попытки в ближайшем будущем [13].

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

Практическое применение результатов диагностики

Результаты диагностики могут использоваться как для прогнозирования возможного исхода лечения и качества ремиссии пациентов, наличия коморбидных расстройств и др., так и в терапевтических целях. Полученный материал можно использовать в нескольких направлениях.

Неспецифическое использование:

- в качестве вспомогательного стимульного материала (особенно, если у пациента нет выраженных НПМ);
- в качестве отправной точки для укрепления рабочего альянса между специалистом и пациентом и начала/продолжения мотивационной работы (пример интервенции: «Вы смоделировали очень яркий и позитивный образ будущей жизни через пять лет. Я словно бы сам перенесся в эту сцену, когда вы описывали ее. Безусловно, у вас есть талант рассказчика. И еще важнее, что у вас есть талант переносить себя в будущее – это редкий дар, который может помочь вам в выздоровлении. Давайте вместе с вами составим план, как вы сможете добиться того, чтобы ваш образ воплотился в жизнь»);
- при исследовании специфических запросов пациента, усилении мотивации к продолжению лечения и для профилактики рецидива (примеры интервенций: «Какую роль сыграл алкоголь в вашем предстоящем увольнении с работы? Какие шаги вы можете предпринять, чтобы купить машину к 2023 г.? Как ваше заболевание может помешать вам в этом?» и др.).

Специфическое использование

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

- Коррекция автобиографической глобализации и расширение временной перспективы с помощью специальных когнитивных техник: тренинга специфичности [5] на основе текста самоопределяющей проекции или представлений о долгосрочном будущем (2–5 лет), формирования имплементационных намерений [3], разработки «карточек совладания» [14], где фиксируются

возможное негативное событие, правила поведения и меры помощи при его наступлении и т.д.

- Коррекция нарушений рефлексии долгосрочного будущего (завершения собственного жизненного пути) с помощью знакомых специалисту когнитивных техник различных подходов (когнитивно-поведенческая, диалектическая бихевиоральная, схема-терапия, транзактный анализ, рациональная психотерапия и др.) и техник семейной психотерапии через прояснение семейной истории (выявление и рефлексия паттернов продолжительности жизни и причин смерти в семье пациента в ходе построения генограммы) и повышение осознания собственной смертности в ходе клинической беседы (например, с использованием провитального интервью [11], методик усиления рефлексии смертности [15]).

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

Заключение

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

структивных действий произвольных образов будущего – все это обладает выраженным противорецидивным эффектом.

Нами предложены простые в использовании, непродолжительные по времени и удобные для пациентов и специалистов методы диагностики и содержательного анализа указанных НПМ, которые могут применяться в практике медицинского психолога, врача психиатра-нарколога, психотерапевта с целью определения значимых мишеней индивидуальной или групповой психотерапии, психологического консультирования и психообразования, а также позволяют структурировать психо-социальные вмешательства в среднесрочной перспективе.

Помимо достижения специфических целей данные методики позволяют усилить терапевтический альянс и создать общее терапевтическое пространство, в котором терапевт способен отразить, а пациент – осознать дефициты собственного ПМ (нарушения прогнозирования, постановки намерений и планирования), неоднозначность своей семейной истории и связанного индивидуального сценария жизни.

Финансирование. Работа выполнена за счет финансирования государственного задания по выполнению программных мероприятий «Персонализированный подход к профилактике, диагностике, лечению и реабилитации пациентов с болезнями зависимости с целью совершенствования наркологической помощи» программы Департамента здравоохранения г. Москвы «Научное обеспечение столичного здравоохранения» на 2023–2025 гг.

Funding. The study was funded within the State Assignment for implementation of program measures “Personalized Approach to Prevention, Diagnosis, Treatment and Rehabilitation of Patients with Addictive Disorders Aimed at Improving Addiction Treatment” of the Moscow Health Department program “Research Support of the Capital’s Healthcare” for the years 2023–2025.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interests. The authors declare that there is not conflict of interests.

Список литературы доступен на сайте журнала <https://klin-razbor.ru/>

The list of references is available on the journal's website <https://klin-razbor.ru/>

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ

Агибалова Татьяна Васильевна – д-р мед. наук, гл. науч. сотр. ГБУЗ «МНПЦ наркологии», профессор ФГАОУ ВО РУДН. E-mail: agibalovatv@mail.ru; ORCID: 0000-0003-1903-5265

Тучина Ольга Дмитриевна – канд. психол. наук, науч. сотр. ГБУЗ «МНПЦ наркологии». E-mail: shtuchina@gmail.com; ORCID: 0000-0002-0683-9080

Чудаева Александра Айваровна – аспирантка ГБУЗ «МНПЦ наркологии». E-mail: sashao210@mail.ru; ORCID: 0000-0002-9614-7343

Поступила в редакцию: 29.04.2025

Поступила после рецензирования: 16.05.2025

Принята к публикации: 22.05.2025

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS

Tatyana V. Agibalova – Dr. Sci. (Med.), Senior Research Officer, Moscow Scientific and Practical Center for Narcology, Patrice Lumumba Peoples' Friendship University of Russia. E-mail: agibalovatv@mail.ru; ORCID: 0000-0003-1903-5265

Olga D. Tuchina – Cand. Sci. (Psychol.), Research Officer, Moscow Scientific and Practical Center for Narcology. E-mail: shtuchina@gmail.com; ORCID: 0000-0002-0683-9080

Alexandra A. Chudayeva – Graduate Student, Moscow Scientific and Practical Center for Narcology. E-mail: sashao210@mail.ru; ORCID: 0000-0002-9614-7343

Received: 29.04.2025

Revised: 16.05.2025

Accepted: 22.05.2025