

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«РЯЗАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИМЕНИ АКАДЕМИКА И.П. ПАВЛОВА»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ФГБОУ ВО РЯЗГМУ МИНЗДРАВА РОССИИ)

На правах рукописи

Леонов Егор Владимирович

**Перспективное мышление в психотерапии синдрома зависимости и
аутоагрессивного поведения у пациентов, употребляющих
психостимуляторы**

3.1.17. Психиатрия и наркология

Диссертация
на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Научный руководитель:
д.м.н., профессор
Шустов Дмитрий Иванович

Рязань – 2026

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	4
ГЛАВА 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ.....	15
1.1. Аутоагрессия у пациентов с синдромом зависимости от психостимуляторов. Значение проспективного мышления в структуре психических расстройств.....	15
1.2. Подходы к лечению и реабилитации пациентов с синдромом зависимости от психостимуляторов.....	22
1.3. Интервью как метод психотерапии психических расстройств.....	27
ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	31
2.1. Организация исследования.....	31
2.2. Методология и методы исследования.....	33
2.3. Материалы исследования.....	42
2.3.1. Характеристика выборки.....	42
2.3.2. Алгоритм интервенционных воздействий в рамках исследования.....	45
ГЛАВА 3. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИМЕНЕНИЯ ИНТЕРВЬЮ, АКТИВИРУЮЩЕГО ПРОСПЕКТИВНОЕ МЫШЛЕНИЕ, ДЛЯ ПСИХОТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТИМУЛЯТОРОВ.....	46
3.1. Характеристика показателей аутоагрессии, психопатологических параметров и мотивации на этапе начала лечения (первого тестирования).....	46
3.1.1. Характеристика аутоагрессии у пациентов, зависимых от психостимуляторов, на этапе начале лечения.....	46
3.1.2. Характеристика показателей мотивации у исследуемых пациентов.....	51
3.1.3. Особенности проспективного мышления у исследуемых пациентов.....	53
3.1.4. Характеристика связей между предикторами аутоагрессии и проспективного мышления.....	58

3.2. Оценка эффективности полуструктурированного интервью, активирующего перспективное мышление.....	60
3.2.1. Изменение уровня безнадежности по шкале безнадежности Бека в результате лечения	61
3.2.2. Оценка параметров мотивации и готовности к лечению по шкале SOCRATES.....	64
3.2.3. Оценка длительности ремиссии и исходов лечения после применения ИАПМ.....	69
3.2.4. Оценка факторов, влиявших на длительность ремиссии в выборке пациентов с синдромом зависимости от психостимуляторов	72
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	79
ВЫВОДЫ.....	95
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.....	98
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ.....	99
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	100
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	129

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность исследования

Превенция суицидов – вызов для сегодняшнего здравоохранения не только в России, но и по всему миру. Согласно статистике ВОЗ, ежегодно в результате суицида умирает около 800 тысяч человек – больше, чем от рака молочных желез, убийств или военных действий [14]. В 2019 году в Российской Федерации показатель частоты суицидов, стандартизированный по возрасту, составил 21,6 на 100 тысяч населения, что почти трехкратно превышает средний мировой показатель (9,2 случаев на 100 тысяч населения) [18].

В качестве значимого фактора риска суицида отмечается употребление психоактивных веществ (ПАВ) [12, 82]. Среди потребителей ПАВ стандартизированный показатель смертности от суицида более чем в 7 раз выше по сравнению с общей популяцией [109, 201, 239]. Наблюдается высокий уровень аутоагрессии и у пациентов, употребляющих психостимуляторы, в том числе новые психоактивные вещества (НПВ; например, синтетические катиноны, меткатинон) [146, 202]. При этом, несмотря на очевидную значимость употребления ПАВ как фактора риска суицида и рост распространенности употребления психостимуляторов [17], ощущается дефицит научно-обоснованных подходов к терапии аутоагрессивного поведения в наркологической практике [12, 199, 205], а существующие медикаментозные и психотерапевтические стратегии лечения синдрома зависимости от психостимуляторов, по прежнему, не приводят к формированию длительных ремиссий у значительной части пациентов [180, 228]. В связи с этим, актуальными становятся вопросы изучения аутоагрессивного поведения у людей с синдромом зависимости от психостимуляторов, а также поиска психотерапевтических стратегий, позволяющих снижать интенсивность аутоагрессивных тенденций и увеличивать длительность ремиссий данных пациентов. Такие психотерапевтические стратегии могли бы опираться на работу со специфическими нарушениями психических функций, считающихся

преморбидными для личности пациентов с синдромом зависимости [7, 178], таких как нарушения дефицитов перспективного мышления или «памяти будущего» у зависимых [33, 81, 189]. Перспективное мышление – это способность человека создавать психические модели будущих событий и размышлять о них [229]. Сформированные модели будущего, намерения и планы сохраняются в долговременной памяти и могут влиять на поведение и принятие решений личностью [106, 137].

Нарушения перспективного мышления могут играть двойную роль в поддержании суицидальных намерений у пациентов с синдромом зависимости от наркотических веществ (1) через произвольное, намеренное моделирование негативных событий будущего (например, представление собственной смерти, формирование суицидальных планов и т.д.), и (2) возникновение спонтанных ярких визуальных, слуховых образов указанных событий («вспышек предвосхищения» или флеш-форвардов, англ. «flash-forward»), связанных с дальнейшим возникновением суицидальной попытки [100]. Кроме того, качественные нарушения перспективного мышления, а именно короткая временная перспектива, свехобобщение моделей будущего, отсутствие планирования альтернативных вариантов развития событий и неспособность предвидеть негативные последствия собственного поведения [145] затрудняют планирование долгосрочных целей по выздоровлению, что может приводить к неустойчивой ремиссии и низкой приверженности лечению, что уже само по себе является фактором риска аутоагрессивного поведения [122, 177]. Указанные факторы обуславливают высокую потребность в изучении и коррекции нарушений перспективного мышления в наркологической практике в общем, и в контексте работы с аутоагрессивным поведением пациентов, в частности.

Степень разработанности темы исследования

Вопрос разработки доступного и практичного метода терапии аутоагрессии у пациентов с синдромом зависимости остается открытым [95, 205, 228]. В этом

смысле интерес к теме перспективного мышления как возможной мишени психотерапевтического лечения обусловлен обнадеживающими результатами исследований в области суицидологии (превенция суицидов) [84, 170], наркологии (влияние моделирования будущего на стойкость ремиссии)[56, 115]. Однако большая часть наркологических исследований проводилась в выборках пациентов с синдромом зависимости от алкоголя [33, 81, 115, 229]. В отечественной и зарубежной литературе описаны методы психологической и психотерапевтической коррекции нарушений перспективного мышления у пациентов с алкогольной зависимостью [32, 229].

Вопрос использования методов, стимулирующих перспективное мышление в терапии аутоагрессии у пациентов, употребляющих наркотические вещества, и, в частности, психостимуляторы, освещен в гораздо меньшей степени [33]. Хотя в клинике синдрома зависимости от алкоголя описаны и постепенно внедряются в наркологическую практику [32, 59, 233] психотерапевтические методы, ориентированные на работу с произвольными (намеренными) образами будущего и преодолением их сверхобобщения для улучшения навыков планирования собственного выздоровления, профилактики рецидивов, что позволяет пациентам достигать более длительных ремиссий, подобные интервенции не описаны в клинике пациентов с синдромом зависимости от психостимуляторов. Практически отсутствуют апробированные методики для работы со спонтанными, непроизвольными психическими образами в клинике наркологических расстройств, хотя их применение у других диагностических категорий пациентов, в том числе с суицидальным риском, кажется многообещающим [112, 119, 204].

Таким образом, дефициты перспективного мышления как в части произвольного представления своего будущего, так и в части возникновения непроизвольных, интрузивных образов могут стать мишенью терапии аутоагрессии у пациентов с синдромом зависимости от психостимуляторов, а специфическая работа по их коррекции может быть основой для эффективного психотерапевтического метода.

Цель исследования

Разработать вариант психотерапевтического вмешательства, основанного на изучении особенностей перспективного мышления у пациентов, употребляющих психостимуляторы, и направленного на повышение приверженности к долгосрочной терапии и снижение различных проявлений аутоагрессивного поведения.

Задачи исследования

1. Изучить характеристики суицидальных и несуйцидальных форм аутоагрессивного поведения, а также его предикторов у пациентов с синдромом зависимости от психостимуляторов.

2. Выявить особенности перспективного мышления у пациентов с синдромом зависимости от психостимуляторов и оценить их связь с параметрами аутоагрессивного поведения.

3. Разработать методику коррекции выявленных негативных особенностей перспективного мышления (полуструктурированное терапевтическое интервью о будущем) для активации перспективного мышления и апробировать ее применительно к пациентам с синдромом зависимости от психостимуляторов; оценить ее эффективность в отношении показателей ремиссии и исходов лечения.

4. Оценить эффективность полуструктурированного терапевтического интервью о будущем для коррекции показателей, отражающих включенность пациентов в лечебный и реабилитационный процесс (уровень мотивации и готовности к изменениям, длительность ремиссии, преждевременная выписка и др.) в группах пациентов, получающих данное интервью в дополнение к стандартному наркологическому лечению и получающих стандартное наркологическое лечение.

5. Оценить эффективность полуструктурированного терапевтического

интервью о будущем в отношении показателей аутоагрессии (безнадежность, импульсивность) в группах пациентов, получающих данное интервью в дополнение к стандартному наркологическому лечению и получающих стандартное наркологическое лечение.

Научная новизна исследования

1. Впервые предложен алгоритм полуструктурированного терапевтического интервью о будущем, активирующего перспективное мышление;
2. Впервые полуструктурированное терапевтическое интервью о будущем, активирующее перспективное мышление, применено для терапии аутоагрессивного поведения у пациентов, употребляющих психостимуляторы;
3. Впервые проведена оценка влияния полуструктурированного терапевтического интервью о будущем, активирующего перспективное мышление, на аутоагрессивные характеристики пациентов, употребляющих психостимуляторы;
4. Впервые рассмотрены и предложены способы практического применения полуструктурированного терапевтического интервью о будущем, для терапии аутоагрессивного поведения у пациентов, употребляющих психостимуляторы, а также проведена оценка эффективности такого интервью для терапии наркологических пациентов.

Теоретическая и практическая значимость работы

Исследование открывает возможности для более широкого и подробного изучения перспективного мышления и его нарушений у пациентов с синдромом зависимости от психостимуляторов. Предложено обоснование механизмов влияния перспективного мышления (мышления о будущем) на аутоагрессивное поведение и рецидивы употребления психостимуляторов. Результаты работы показывают значимость перспективного мышления в качестве фактора ремиссии

пациентов этой группы. Кроме того, практическая значимость исследования заключается в разработке и апробации терапевтического инструмента – полуструктурированного интервью, активирующего перспективное мышление, с целью увеличения ремиссии и снижения аутоагрессивных тенденций у пациентов с зависимостью. В работе сформулированы рекомендации по применению данного интервью и других методик, активирующих перспективное мышление (мышление о будущем), в рутинной наркологической практике и реабилитации наркологических пациентов

Объектом исследования является аутоагрессивное поведение у пациентов с установленным диагнозом «Синдром зависимости от психостимуляторов» в соответствии с критериями МКБ-10 для рубрики F15.2

Предметом исследования являются нарушения перспективного мышления в клинике синдрома зависимости от психостимуляторов и эффективность использования полуструктурированного интервью, активирующего перспективное мышление, для увеличения длительности ремиссии и коррекции аутоагрессивных тенденций у пациентов с синдромом зависимости от психостимуляторов.

Методология и методы исследования

Дизайн исследования – интервенционное, продольное, проспективное исследование в двух группах пациентов с двумя срезами в начале и по окончании лечения с периодом наблюдения 6 месяцев.

В исследование вошли 112 пациентов мужского и женского пола с синдромом зависимости от психостимуляторов, по 56 человек в основной и контрольной группах, не имевших статистических различий по социо-демографическим и ключевым клиническим характеристикам зависимости.

Критериями включения в исследование были: соответствие критериям постановки диагноза «Синдром зависимости от психостимуляторов» по МКБ-10 (F15.2); наличие добровольного информированного согласия на участие в исследовании.

Критериями исключения были: наличие тяжелых коморбидных психических расстройств (шизофрения, биполярное аффективное расстройство, органические психические нарушения) и синдрома зависимости от других ПАВ; отзыв информированного согласия.

Пациенты распределялись в основную и контрольную группы случайным образом: поступившие в понедельник и четверг, зачислялись в основную группу, а во вторник и пятницу – в контрольную. Пациенты основной группы получали полуструктурированное интервью, активирующее проспективное мышление (ИАПМ). Пациенты контрольной группы – стандартную наркологическую беседу (СНБ).

В диссертационной работе применялись **клинико-психопатологический, экспериментально-психологический, клинико-катамнестический методы и методы математической статистики:**

1 Клинико-психопатологические закономерности оценивались с помощью диагностического интервью, проводимого по заранее сформированному алгоритму (Приложение А), а также с помощью «Теста по выявлению расстройств, связанных с употреблением наркотиков» (Drug Use Disorders Identification Test, DUDIT) [97].

2 В рамках экспериментально-психологического метода:

– Уровень безнадежности оценивался с помощью «Шкалы безнадежности Бека» [217].

– Риск возникновения суицидальной идеации оценивался с помощью «Опросника межличностных потребностей (INQ-9)» [30, 226].

– Суицидальный риск определялся с помощью «Коэффициента просуицидальной напряженности (КПСН)» [20, 21].

– Уровень импульсивности оценивался с помощью «Шкалы импульсивности Баррата (BIS-11)» [93, 161].

– Временная перспектива оценивалась с помощью «Опросника временной перспективы Зимбардо» [29, 241].

– Объем, феноменология, тематика моделей будущего изучались с помощью «Задачи на беглость перспективного мышления» [3, 133].

– Сознательный контроль мыслей о будущем, интрузивные образы будущего и реагирование на такие образы измерялись «Шкалой влияния будущих событий (IFES)» [79].

– Уровень признания болезни, амбивалентности и готовности к активным действиям оценивался с помощью «Шкалы стадий готовности к изменениям и готовности лечиться SOCRATES» [139, 171]

3 Клинико-катамнестический метод предполагал сбор объективных сведений о состоянии пациента по истечению 6 месяцев после окончания лечения.

4 Методы математической статистики применялись для определения различий между группами и анализа корреляционных связей между исследуемыми параметрами.

Положения, выносимые на защиту

1. Пациенты с зависимостью от психостимуляторов страдают выраженными нарушениями перспективного мышления, что напрямую выражается в существенном ограничении объема перспективного мышления, независимо от временной дистанции и эмоциональной валентности мыслей о будущем, а опосредованно – в росте уровней безнадежности и импульсивности (отсутствия планирования), что может приводить к более высоким суицидальным рискам для этих пациентов.

2. Пациенты, получающие полуструктурированное терапевтическое интервью о будущем, активирующее перспективное мышление, демонстрируют большую приверженность длительному лечению по сравнению с пациентами, получающими только стандартное наркологическое лечение.

3. Полуструктурированное терапевтическое интервью, активирующее перспективное мышление, способствует снижению таких значимых перспективно-

ориентированных факторов аутоагрессивного поведения как безнадежность и импульсивность у пациентов с синдромом зависимости от психостимуляторов.

4. Пациенты, с которыми проводилось полуструктурированное терапевтическое интервью, активирующее перспективное мышление, сформировали более длительные ремиссии, чем пациенты, которые подвергались только стандартному наркологическому лечению.

Личный вклад автора заключается в проектировании исследования на основе предварительного анализа русскоязычной и иностранной литературы, подготовке формы информированного согласия, стимульного материала. Автор самостоятельно проводил обследование пациентов, беседу с родственниками и медицинским персоналом, анализ имеющейся и архивной документацией, математическую обработку данных. По результатам исследования автором сформулированы практические рекомендации по применению полуструктурированного интервью у пациентов с синдромом зависимости от психостимуляторов.

Степень достоверности исследования

Достоверность исследования обеспечивается тщательным дизайном, репрезентативностью выборки пациентов и использованием статистических методов. Обзор литературы основан на тщательном анализе отечественных и зарубежных публикаций по теме исследования.

Исследование проведено с использованием интервенционного лонгитюдного проспективного контролируемого дизайна в двух группах пациентов, что позволяет отслеживать изменения во времени.

Размер выборки из 112 пациентов был рассчитан априорно с использованием статистических методов и подтвержден *post hoc* анализом. Пациенты были случайным образом направлены в экспериментальную и контрольную группы, что обеспечивает равномерное распределение возможных искажающих факторов и

повышает внутреннюю валидность исследования. Для сбора данных использовались современные валидизированные психодиагностические инструменты; анализ качественных данных включал экспертную оценку в случаях, когда была необходима субъективная интерпретация.

Фактический материал, полученный в ходе исследования и использованный в выводах, был проанализирован методами математической статистики. Использование различных шкал и опросников обеспечило комплексный подход к оценке психопатологических параметров и аутоагрессивного поведения пациентов. Достаточный период наблюдения (6 месяцев) после завершения основного этапа лечения позволил оценить устойчивость достигнутых результатов.

Апробация результатов исследования

Результаты исследования представлены в ходе следующих конференций: Инновационные технологии в медицине: взгляд молодого специалиста. VIII Всероссийская научная конференция молодых специалистов, аспирантов, ординаторов (Рязань, 2022); IX межрегиональная научно-практическая конференция, посвященной 135-летию Рязанской областной клинической психиатрической больницы им. Н.Н. Баженова. Служба психического здоровья: достижения и перспективы (Рязань, 2023); международная конференция Empirical Studies in Psychology (Белград, Сербия, 2024); II Самаркандская весенняя школа молодых психиатров и наркологов (Самарканд, Узбекистан, 2024); X межрегиональная научно-практическая конференция «Полипрофессиональный подход в оказании помощи лицам с психическими расстройствами в современных условиях» (Рязань, 2024).

Результаты диссертационной работы внедрены в деятельность Службы психолого-педагогической помощи студентам Тульского университета, кафедры психологического консультирования и психотерапии с курсом психиатрии ФДПО ФГБОУ ВО РязГМУ МЗ РФ, что подтверждается соответствующими актами о внедрении.

Соответствие диссертации паспорту научной специальности

Диссертационное исследование соответствует паспорту научной специальности 3.1.17. Психиатрия и наркология, в частности: п. 9. Разработка, апробация и изучение эффективности методов психотерапии; определение показаний, мишеней, механизмов, этические и правовые аспекты проведения психотерапевтического воздействия при наркологических заболеваниях; п. 11. Научные и клинические основы суицидологии, выявление факторов риска и профилактика суицидального поведения.

Публикации

По теме диссертационного исследования опубликовано 10 научных трудов, из которых 5 статей в журналах, включенных в перечень рецензируемых журналов, утвержденных Высшей аттестационной комиссией при Минобрнауки России, 2 из которых – в издании, индексируемом в международной цитатно-аналитической базе данных Scopus.

Структура и объем диссертации

Диссертация построена по классической схеме. Она состоит из введения, обзора литературы, описания материалов и методов исследования, результатов собственных исследований, а также заключения, выводов, практических рекомендаций, списка литературы и приложений.

Диссертация изложена на 154 страницах машинописного текста, иллюстрирована 18 таблицами и 19 рисунками. Список литературы содержит 242 источника, из них 38 работ отечественных авторов и 204 зарубежных.

ГЛАВА 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

1.1. Аутоагрессия у пациентов с синдромом зависимости от психостимуляторов. Значение проспективного мышления в структуре психических расстройств

Аутоагрессия, в том числе суицидальное и несуицидальное аутоагрессивное поведение, является серьезной проблемой среди пациентов с синдромом зависимости от психостимуляторов [146, 199]. Распространенность этого явления обусловлена не только непосредственным воздействием психоактивных веществ на психику, но и сопутствующими психическими расстройствами, такими как аффективные расстройства, тревожные расстройства [220]. Отдельно стоит отметить свойство психостимуляторов индуцировать тревожно-фобические расстройства, обсессивно-компульсивное расстройство, психозы, делирий [46, 151]. Суицидальное поведение, включающее суицидальные мысли, попытки и завершённые суициды, является одним из наиболее тяжелых проявлений аутоагрессии у психостимуляторов [77, 220]. По данным исследования, проведенного в Республике Башкортостан [222], среди потребителей синтетических катинонов наблюдается высокий уровень попыток суицида – в 18 раз выше, чем по общей популяции, особенно в периоды абстиненции [28]. Важно отметить, что такие пациенты часто имеют генетическую предрасположенность к суицидальному поведению, что может ухудшать их прогноз [222].

Суицидальное поведение может как непосредственно быть ассоциировано с приемом психостимулятора, так и возникать в светлые промежутки [197]. Смерть, ассоциированная с приемом психостимулятора, может произойти в результате случайной или намеренной передозировки или в результате других механических действий (повешение, прыжок из окна, убийство и так далее). Растущее количество летальных отравлений и суицидальных попыток ассоциировано со злоупотреблением мефедрона и синтетических катинонов в целом, в особенности в случаях сочетанного употребления с другими ПАВ [78, 157, 158]). Так, по

сообщению Ordak [220], около 15,5% госпитализированных в 2010-2018 годах в психиатрический стационар пациентов, регулярно употребляющих мефедрон, наносили себе самоповреждения, а совершали суицидальную попытку – 24,5%. Среди пациентов, совершивших суицидальную попытку 39,8% ранее наносили себе самоповреждения, при этом среди пациентов, не наносящих самоповреждения процент суицидентов составил 21,7% [220]. Среди потребителей новых психоактивных веществ (в том числе синтетических катинонов) отмечаются «вычурные» суицидальные попытки (например, ранение себя ножом в шею [155]) описываемые несколькими исследователями [77, 147, 155], и могут быть ассоциированы с развитием психотических симптомов или сопутствующим расстройством шизофренического спектра.

Передозировка синтетическими катинонами приводит к развитию серотонинового синдрома, полиорганной недостаточности, комы, индуцированного психоза или делирия [46, 64]. По сообщению Darke [64], наиболее частой причиной смерти, связанной с употреблением «новых психостимуляторов», является случайная фатальная передозировка (59,8%), причем самым распространенным предшествующим симптомом являлся индуцированный делирий. 15,9% смертельных случаев произошли в результате травмы (падение с высоты, дорожно-транспортное происшествие, утопление, асфиксия, сожжение). При этом 12,2% смертей произошли в результате суицидальных действий, 2,4% - намеренной передозировки психостимулятором [64]. Среди пациентов, госпитализированных в связи с употреблением ПАВ, большая часть пациентов, отмечающих наличие суицидальных идеаций или мыслей о смерти, имеющих суицидальную попытку в анамнезе, оказались потребителями психостимуляторов [202]. Примечательным является тот факт, что эти пациенты находились вне поля зрения психиатрической службы. Они впервые получали психиатрическую помощь в связи с «рекреационным» использованием психостимуляторов, и никогда не проходили через процедуры оценки суицидального риска. Эти пациенты имели официальное трудоустройство, высшее образование и отличались от «типичного портрета потребителя» [202].

По сообщению Chiappini [147], большая часть суицидальных попыток среди потребителей новых психоактивных веществ (НПВ) предпринималась в состоянии интоксикации, что приводило к растормаживанию, потере самоконтроля, нарушению критики, что в свою очередь повышает риск суицидального поведения [62, 187]. Однако остается неясным, можно ли объяснить превалирование употребления синтетических катинонов среди суицидентов их свойством индуцировать суицидальное поведение, или это всего лишь отражение эпидемиологических данных [147]. Среди этой группы больных также широко распространено несуйцидальное аутоагрессивное поведение. Такое поведение может включать различные формы самоповреждений [165], как порезы, ожоги [202, 220].

Показано, что зависимость от таких веществ, как кокаин и амфетамины, значительно увеличивает риск попыток самоубийства и аутоагрессивного поведения [180]. По данным мета-анализа, от 35,0% до 54,4% людей с зависимостью от ПАВ достигли стойкой ремиссии после среднего периода наблюдения 17 лет [180]. Эти результаты подтверждают представление о зависимости, как о хроническом расстройстве [129, 232]. Это обуславливает необходимость разработки терапевтических мер, ориентированных на хроническое течение расстройства.

Длительное употребление психостимуляторов может приводить к нарушениям функциональных сетей головного мозга и их «связности» («brain-connectivity») [83, 232]. Детальный анализ эффектов метилендиоксипировалерона (MDPV) показал, что даже непродолжительное введение MDPV *in vivo* нарушает связь между лобными кортикальными и полосатыми областями, связь между прелимбической префронтальной корой и другими областями лобной коры, а также островковой корой с гипоталамическими, вентральными и дорсальными областями полосатого тела [221]. Это в свою очередь может приводить к нарушению управляющих и когнитивных функций, повышению импульсивности [83, 83]. Изменения функциональных сетей также ассоциированы с частотой и интенсивностью возникновения суицидальных идеаций [102]. Такие нарушения

могут приводить к неспособности придерживаться долгосрочного лечения [213]. В свою очередь, это обуславливает необходимость разработки интервенций, направленных на развитие приверженности лечению, переориентацию на получение отсроченного «вознаграждения» и на изменение временной перспективы у таких пациентов [95, 228]. Аутоагрессивное поведение среди наркозависимых является важной темой для дальнейших исследований и разработки эффективных методов лечения [180].

Перспективное мышление (ПМ) – когнитивная функция, отражающая способность людей создавать психические модели будущих событий, размышлять о них [73]. ПМ включает в себя планирование, прогнозирование, постановку целей, анализ альтернатив и последствий при принятии решений [73, 76, 98, 189, 209, 210].

Термин «перспективное мышление» получил широкое распространение лишь в первые два десятилетия двадцать первого века [3, 67, 73, 189], хотя вопросы мышления о собственном будущем занимали ученых достаточно давно [2, 4, 5, 6, 131]. Так, тема перспективного мышления раскрывалась в работах отечественных ученых в виде проблематики вероятностного прогнозирования [6, 23, 34], модели памяти как механизма систематизации индивидуального опыта необходимого для осуществления предстоящей деятельности [27], концепции антиципации [19], концепции «опережающего отражения действительности» П.К. Анохина [2].

Благодаря шведскому ученому D. Ingvar [123], исследования перспективного мышления обрели новый импульс. D. Ingvar [123] описывал этот процесс как «память будущего» и связывал его с функциями фронтальных и префронтальных отделов мозга, которые отвечают за хронологическую организацию поведения и мышления. В это же время Э. Тульвинг развил теорию «психического путешествия во времени», утверждая, что декларативная память позволяет человеку не только вспоминать прошлое, но и проецировать похожие события в будущее [230].

Перспективное мышление включает в себя различные формы и аспекты. Оно может проявляться в виде произвольных и непроизвольных моделей будущего, которые могут быть позитивными или негативными, личностно значимыми или относящимися к ежедневной рутине [67, 76, 98]. Модели будущего могут

варьироваться от конкретных планов до абстрактных намерений и фантазий. Вместе с тем, перспективное мышление можно разделить на две основные категории: эксплицитное и имплицитное [67, 81, 210]. **Эксплицитное перспективное мышление** включает осознаваемые и произвольные процессы, такие как планирование, прогнозирование и постановка целей. Эти формы перспективного мышления основываются на эпизодической памяти, которая помогает создавать подробные и временно-пространственные образы будущего. Исследования показывают, что дефициты эксплицитного перспективного мышления могут мешать постановке целей и реализации планов, что особенно актуально для пациентов с психическими расстройствами, такими как зависимость от алкоголя [33, 141]. **Имплицитное перспективное мышление** включает автоматические и малоосознаваемые процессы, такие как неотрефлексированные долгосрочные модели будущего и непроизвольные образы. Эти формы перспективного мышления могут проявляться в виде «воспоминаний о будущем» [22, 33, 81] и интрузивных образов будущего [67]. Имплицитные модели будущего, такие как жизненные сценарии, оказывают значительное влияние на эксплицитные планы, включая прогнозирование и планирование [31, 208, 212].

Перспективное мышление выполняет ряд адаптивных функций, включая планирование, принятие решений, установление социальных связей и управление эмоциями [76, 172]. Оно помогает людям подготовиться к будущим событиям, снизить стресс и улучшить общую адаптацию к изменяющимся условиям среды.

Нарушения ПМ часто обнаруживаются при различных психических расстройствах, таких как депрессия, шизофрения и тревожные расстройства [75, 98, 121, 172, 190]. При депрессии пациенты сталкиваются с негативными прогнозами и снижением способности к планированию будущего, что может способствовать чувству безнадежности и беспомощности. Тревожные расстройства, напротив, характеризуются чрезмерной фиксацией на потенциально негативных исходах, что усиливает уровень тревоги и страха перед будущим [133, 241].

При шизофрении нарушения ПМ проявляются в виде глобализации,

интрузивных образов будущего и проблем с дифференциацией и проекцией «Я» на временном континууме [75, 190]. Эти пациенты часто испытывают трудности с созданием конкретных и детализированных планов на будущее, что связано с низкой специфичностью и абстрактностью их мыслительных процессов.

Нарушения ПМ могут быть связаны с дисфункцией фронтальных и префронтальных областей мозга, отвечающих за организацию и планирование [54, 99]. Дисфункция в этих областях головного мозга возможна вследствие употребления психостимуляторов, что также играет роль в срыве ремиссии и формировании аутоагрессивного поведения. Синдром зависимости от алкоголя (СЗА) является ярким примером того, как нарушения ПМ могут влиять на поведение и качество жизни пациентов [31, 32, 33, 81, 192]. Дефициты прогнозирования и обесценивание долгосрочных последствий приводят к трудностям в постановке целей и реализации планов, что увеличивает вероятность рецидивов [121, 178]. «Аддиктивная миопия» как склонность к преувеличенному обесцениванию будущих вознаграждений, является ключевым фактором в этом процессе [53, 196]. Специфичными для аддикций являются нарушения, связанные с процессом принятия решений в ситуации риска и неопределенности, характеризующиеся высоким обесцениванием долгосрочных последствий вследствие укороченной временной перспективы [178].

ИмPLICITные формы ПМ, такие как интрузивные образы будущего и неотрефлексированные долгосрочные модели, также играют важную роль в поведении зависимых пациентов. Эти автоматические и малоосознаваемые процессы могут оказывать значительное влияние на эксплицитные планы и решения, затрудняя контроль над импульсивными и рискованными действиями [60, 111, 207].

Аутоагрессивное поведение, включая суицидальные попытки и самоповреждения, часто связано с нарушениями ПМ. Люди, склонные к аутоагрессии, могут испытывать трудности с созданием позитивных и реалистичных образов будущего, что усиливает чувство безнадежности и беспомощности [89, 98, 153]. Негативные прогнозы и дефициты в планировании

могут способствовать развитию суицидальных мыслей и действий, особенно в условиях высокого уровня стресса и эмоциональной нестабильности.

Люди, испытывающие суицидальные идеации часто имеют проблемы с воссозданием автобиографических воспоминаний [240], что в свою очередь негативно влияет на способность думать о будущем [51, 223]. Также суицидальным людям труднее, чем несуйцидальным, представлять позитивные события будущего [51, 133]. Таким образом, человек оказывается в тупике: он не способен обратиться к своему прошлому как к позитивному ресурсу для настоящего и в то же время не способен думать о позитивном будущем [128]. Представления о позитивном будущем и ориентация на будущее как ресурсы предотвращения аутоагрессии [106, 128] оказываются недоступными для этих людей.

Следует учитывать, что ориентация на будущее может быть представлена в нескольких формах – мысли о будущем, оптимизм, надежда, целеполагание [103]. Ориентация на будущее это не просто «сумма будущих событий», это особое представление об изменяемом будущем [125]. Большая способность к представлению будущего в позитивном ключе ассоциирована с более высоким уровнем благополучия [134]. Суицидальные пациенты характеризуются не столько большим негативным восприятием своего будущего, сколько недостатком позитивных представлений о нем [65, 152, 153]. Одним из способов оценить соотношение негативных и позитивных представлений о будущем является задача на беглость перспективного мышления («Future thinking task») [3, 133].

В исследовании Macleod и Conway [134] методика «Задача на беглость перспективного мышления» применялась в двух группах – группе людей с историей «парасуицидального» поведения и группе людей без суицидального поведения в анамнезе. Обе группы не продемонстрировали разницы в представлении позитивных событий будущего, связанных с другими людьми, однако значимая разница была обнаружена в способности включать себя (свое Я) в позитивные события будущего [134].

Безнадежность в качестве дефицита ПМ подразумевает не только превалирование негативных представлений, но и недоступность позитивных

образов будущего и планирования [117, 154, 159]. В совокупности эти факторы могут создавать ощущение «загнанности в ловушку» [80, 100], которое является активирующим в отношении суицидального поведения.

Межличностная теория суицида [215, 226] состоит из трех основных аспектов: чувство брошенности («thwarted belongingess»), восприятие себя как обузы («perceived burdensomeness») и приобретенная возможность («acquired capability»); в русскоязычной адаптации этот фактор исключен в пользу двухфакторной модели [30]. Каждый из этих аспектов отражает суицидальный риск, но только сочетание всех трех может привести к суицидальной попытке. Хотя межличностная теория суицида не охватывает вопросы перспективного мышления, чувство безнадежности может быть ассоциировано с восприятием себя как обузы и чувством брошенности [42]. Также известно, что оптимизм и представление своего позитивного будущего положительно влияет на суицидальный риск, восприятие себя как обузы и чувство брошенности [176].

Таким образом, низкая ориентация на будущее и нарушения долгосрочного планирования своих действий и прогнозирования их последствий (миопия, то есть «близорукость» в отношении будущего) и недоступность ресурса позитивного перспективного мышления играет роль как в формировании аутоагрессии, так и в рецидивах употребления психоактивных веществ. Создание подходов к психотерапии синдрома зависимости от психостимуляторов, способных влиять на перспективное мышление, может положительно повлиять на длительность ремиссии и стать антисуицидальной интервенцией для зависимых пациентов.

1.2. Подходы к лечению и реабилитации пациентов с синдромом зависимости от психостимуляторов

Несмотря на распространенность употребления психостимуляторов, использование доказательных методов лечения весьма ограничено [228]. По статистике в США только 1 из 5 зависимых от психостимуляторов получает лечение [148]. По данным Carroll и соавторов [40], от 8 до 41% пациентов с

зависимостью от кокаина достигают 3 недель подряд без употребления. Частота достижения трезвости на протяжении 6 месяцев варьируется в зависимости от употребляемой группы веществ - от 5% при зависимости от кокаина до 22% при зависимости от опиоидов [206]

Что касается содержания лечебных программ, эффективный вариант фармакологического лечения зависимости от психостимуляторов все еще не представлен [142].

Демонстрируется, что использование психофармакологического подхода целесообразно для лечения сопутствующих психических расстройств, но оказывает малое влияние на клинику и исход непосредственно синдрома зависимости [228]. Текущие данные не поддерживают идею использования антидепрессантов для лечения синдрома зависимости от кокаина [48], однако использование свойства ингибировать механизмы обратного захвата моноаминов антидепрессантами может быть эффективным в лечении зависимости от психостимуляторов амфетаминового ряда [163]. Использование антипсихотиков и антиконвульсантов также не показало значимого эффекта на течение зависимости [47, 49]. Большая часть исследований проводилась в отношении зависимости от кокаина, данные по психофармакологическому лечению синдрома зависимости от психостимуляторов амфетаминового ряда и синтетических катинонов весьма ограничены.

Более значимые успехи отмечены в сфере психотерапевтических и психосоциальных интервенций [7, 16, 37, 38]. Несколько исследований [69, 138, 149, 228] предлагают терапию вознаграждениями («Contingency management», далее СМ) в качестве эффективной доказательной интервенции. Это метод бихевиоральной терапии, заключающийся в «подкреплении» или «вознаграждении» в обмен на доказательство позитивного изменения в поведении [162]. В качестве такого подкрепления пациент может получать купоны, которые можно обменять на какие-либо полезные вещи, или шанс выиграть денежный приз [162]. Так в качестве доказательства трезвости пациент может сдавать тест, на содержание ПАВ в моче. При этом ценность «вознаграждения» увеличивается с

увеличением срока трезвости. Использование метода СМ приводит к уменьшению частоты употребления психостимуляторов, способствует удержанию пациента в терапии, снижает интенсивность психиатрических симптомов, вовлекает пациента в получение других видов медицинской помощи и снижает частоту рискованного сексуального поведения [142]. При этом применение СМ становится малоэффективным при длительном стаже зависимости [71].

Когнитивно-поведенческая терапия (далее КПТ) рассматривает употребление ПАВ как результат дефицита копинг-стратегий и неадаптивного мышления [142]. КПТ используется несколькими способами: формирование новых стратегий совладания с крейвингом, идентификация зависимого поведения и работа с ним, изменение убеждений («personal core beliefs»), поддерживающих крейвинг и приводящих к рецидиву. КПТ может использоваться в форматах индивидуальной и групповой терапии, а также в форме приложений помощников [66, 136], а также в формате краткосрочных и долгосрочных интервенций. Хотя использование КПТ распространяется на большую часть психических расстройств, применение ее в терапии синдрома зависимости от психостимуляторов носит ограниченный характер [69]. Как показано в рандомизированном плацебо-контролируемом исследовании при сравнении эффективности КПТ и стандартного наркологического лечения («treatment as usual»), КПТ оказалась эффективнее стандартного наркологического лечения в предотвращении раннего прерывания лечения, но не показало эффективности в показателях трезвости на 12 неделе лечения, в конце лечения и на длительной перспективе [69]. Также СМ оказалось эффективнее при сравнении с КПТ.

Многообещающим методом является модель терапии Матрикс («The Matrix model of outpatient stimulant abuse treatment»), возникшая в 1980-ых годах в ответ на резко возросшую распространенность употребления кокаина [74, 150]. Модель терапии Матрикс представляет собой амбулаторную программу реабилитации, включающую в себя работу не только с зависимым, но и с его семьей. Модель включает в себя несколько модулей: индивидуальные консультации, группы раннего восстановления, группы превенции рецидива употребления, участие в 12-

шаговой программе, группы поддержки, анализ срыва, семейные психообразовательные сессии, а также сдача биологических жидкостей на содержание ПАВ [150]. Программа показала свою эффективность в лечении зависимости от метамфетамина [149], обнаружены положительные эффекты во влиянии на рискованное поведение, менеджмент крейвинга, удержание в лечении, самоконтроль, длительность ремиссии [150]. Для русскоязычного населения эта модель не адаптирована.

В реабилитации пациентов с зависимостью широко применяются 12-шаговые программы [9]. Однако данных об их эффективности в отношении синдрома зависимости от психостимуляторов недостаточно, чтобы рекомендовать их в качестве эффективной интервенции [85, 169].

Современным методом лечения в психиатрии и наркологии является транскраниальная магнитная стимуляция (ТМС). ТМС зарекомендовала себя как эффективный вариант лечения резистентной депрессии и активно применяется в лечении зависимостей. Метод заключается в применении короткого воздействия магнитными полями через кожу на головной мозг пациента. В случае зависимости точкой приложения является проекция дорсолатеральной префронтальной коры на кожу головы (ДЛПК) [54]. Именно ДЛПК регулирует высшие когнитивные функции, такие как управление вниманием, рабочая память, импульсный контроль [54]. Применение ТМС дало значительное снижение интенсивности влечения к ПАВ, улучшение когнитивных функций. При этом эффекты сохраняются на протяжении всего курса применения ТМС и вплоть до 1 месяца после его окончания [181, 227].

Приведенные выше методы фармако-, психо- и физиотерапии ориентированы, в основном, непосредственно на коррекцию симптомов зависимости, то есть уменьшение влечения к ПАВ, коррекцию дисфункциональных убеждений и моделей зависимого поведения. При этом, коррекция аутоагрессивного поведения может не предполагаться данными вмешательствами, если пациент не высказывает явных суицидальных намерений и планов, а коррекция дефицитов перспективного мышления проводится, скорее,

опосредованно и не становится центральной мишенью интервенций. При этом, по нашему мнению, концентрация усилий на этой мишени и может существенно повысить эффективность наркологического лечения.

Как продемонстрировано в разделе 1.2., такие нарушения проспективного мышления как чрезмерная обобщенность моделей будущего, отсутствие четких позитивных и яркость и конкретность негативных образов будущего, определяют неясность намерений и планов по выздоровлению и, следовательно, неспособность их реализовать, короткая временная перспектива и низкая ориентация на будущее могут объяснять близорукость к негативным последствиям употребления. При отсутствии определенной степени конкретности перспективы собственного будущего интрузивные и высококонкретные мысленные образы эйфорических или анальгезирующих эффектов употребления психоактивных веществ и/или негативные образы собственной смерти («флэш-форварды») могут провоцировать рецидивы употребления ПАВ и аутоагрессию [81, 229]. Все это может препятствовать соблюдению режима лечения и устойчивой ремиссии.

Таким образом, усилия, направленные на улучшения способности к моделированию собственного будущего, то есть увеличение конкретности, обозримости своих будущих перспектив (т.е. осознание множества будущих альтернатив, их ясности и специфичности), а также расширение временной перспективы [193], могут быть полезны для поддержания процесса выздоровления от зависимости от ПАВ. Сообщается, что интервенции связанные со стимулированием *эпизодического проспективного мышления (ЭПМ)*, то есть моделирование конкретных сцен будущего, локализуемых во времени и пространстве и продолжающихся не более 24 часов, последовательно снижают уровень обесценивания долгосрочных вознаграждений у зависимых [91, 96, 168]. Это позволяет им лучше сопротивляться влечению и прогнозировать негативные долгосрочные последствия злоупотребления ПАВ [91, 96, 168]. В выборке людей с алкогольной зависимостью было показано, что как один, так и четыре сеанса ЭПМ, предполагавшего моделирование событий личного будущего в четырех будущих периодах (1 день, 1 неделя, 1 месяц и 6 месяцев), значительно снижали

уровни влечения к алкоголю и обесценивания долгосрочных вознаграждений по сравнению с группой пациентов, вспоминавших недавние события [160]. Иногда ЭПМ сочетается с другими методиками, например, извлечением и реконсолидацией дезадаптивных моделей будущего, связанных с наркотиками, как в методе «Основанное на использовании подсказок извлечение и реконсолидация эпизодических моделей будущего» (CIREF) [120].

Несмотря на эти многообещающие результаты, строгие теоретические обоснования и научно обоснованную методологию, методы, ориентированные на работу непосредственно с перспективным мышлением, не получили широкого практического применения, а исследования их эффективности для снижения обесценивания долгосрочных вознаграждений дают неоднозначные результаты [63], что требует дальнейшего поиска наиболее оптимальных вариантов такой психотерапии. Недавний систематический обзор показал, что, хотя методы, ориентированные на работу с перспективным мышлением, показали преимущества в сокращении употребления психоактивных веществ, для оценки их применимости к снижению реального употребления ПАВ, а также определения устойчивости эффектов в течение длительного времени, необходимы дополнительные исследования [68]. Кроме того, не хватает исследований, демонстрирующих, как методы, ориентированные на работу с перспективным мышлением, влияют на результаты лечения, например, улучшение мотивации и готовности к лечению, а также продолжительность ремиссии / дней трезвости.

1.3. Интервью как метод психотерапии психических расстройств

Согласно определению Б. Д. Карвасарского, психотерапия – это система лечебных воздействий на психику и через психику на организм больного [15]. Методология психотерапии зависит от используемого психотерапевтического направления (психодинамическое, когнитивное, поведенческое и так далее). Механизмы лечебного воздействия психотерапии принято называть факторами

психотерапии. Выделяют специфические [236] – зависящие от направления психотерапии – и общие факторы: факторы поддержки (позитивные отношения, терапевтический альянс, эмпатия психотерапевта, доверие), факторы научения (обратная связь, рационализация, инсайт) и поведенческие факторы (регуляция поведения, экспозиция, моделирование, практика) [116]. Непосредственно в процессе психотерапии терапевтом могут применяться различные интервенции (техники), например, конфронтация, релаксация, рационализация, обсуждение, тренинг [7]. Одной из таких интервенций является терапевтическое интервью. Elisabeth Punzi отмечает, что интервью познавательный аспект интервью сам по себе может являться терапевтическим, в том числе за счет того, что клиент может свободно выражать свои чувства, рефлексировать о них, при этом встретив поддержку и понимание со стороны терапевта [173]. Это позволяет клиенту и терапевту получить знание, необходимое для решения проблемы клиента [184]. Rossetto также отмечает, что сам процесс исследования в рамках интервью оказывает лечебное воздействие за счет того, что воспринимается клиентами в качестве приглашения поделиться своей историей, в котором терапевт открыт к тяжелым переживаниям, не оказывает давления и внимательно слушает, при этом остается экспертом [184].

Терапевтическое интервью – это целенаправленная беседа между терапевтом и клиентом с фокусом на клиенте, в которой терапевт использует вербальные и невербальные пути установления и поддержания благоприятной атмосферы для того, чтобы клиент получил свободу для получения нового взгляда на себя и свои проблемы [61]. Изучение различных аспектов терапевтического интервью находит отражение в работах Rogers [183], Erikson [39], Johnson [90]. Особенностью интервью является изменение *экспертной* позиции терапевта на изучающую. Это позволяет терапевту не смотреть на клиента исключительно с известной теоретической точки зрения, а сфокусироваться на исследовании, рефлексии и понимании ситуации клиента [234]. Таким образом, процесс терапевтического интервьюирования позволяет собрать информацию, обладающую терапевтическим и лечебным потенциалом [224]. Терапевтическое интервью позволяет не только

собрать необходимую информацию, но и задействует общие факторы психотерапии – позволяет установить терапевтические отношения с клиентом, создать доверительную атмосферу, придать решимости к изменению, стимулировать саморефлексию.

По форме интервью может быть структурированным, неструктурированным и полуструктурированным [126]. Структурированное интервью характеризуется predetermined количеством вопросов, их порядком и заранее прописанными словами, которые интервьюер говорит клиенту. Структурированность помогает интервьюеру быть объективным за счет стандартизации процедуры. Однако такое интервью не предполагает возможности глубокого изучения вопросов, которые могут оказаться более значимыми тем те, к которыми терапевт был готов.

Неструктурированные интервью имеют заранее установленную цель, но обсуждаемые темы и задаваемые вопросы возникают уже по ходу самой беседы, исходя из ее контекста. Такие интервью помогают сделать беседу индивидуализированной, детально рассмотреть различные аспекты проблемы клиента. Но неструктурированное интервью не всегда обладает такой же объективностью, как структурированное, что может привести к упущению важных для обсуждения тем, если беседа может уйти в другом направлении. Таким образом, неструктурированное интервью больше опирается на экспертность терапевта, достаточную для исследования всех необходимых аспектов.

Полуструктурированные интервью являются золотой серединой этих двух подходов. Такой подход позволяет объединить в себе объективность структурированного интервью за счет заранее фиксированной структуры и индивидуализированность неструктурированного интервью за счет возможности расширить обсуждение важных тем (например, попросить клиента подробнее рассказать о своем подавленном настроении) [126]. Использование конкретного метода будет зависеть от преследуемых целей, контекста проведения интервью.

Применение полуструктурированных терапевтических интервью соответствует тенденциями современной психотерапии – клиент-ориентированность, индивидуализированность, объективность, доказательность [7, 43].

Терапевтическое интервью получило широкое распространение в семейном консультировании [92, 105, 237]. Интервью в семейном консультировании помогает оценить качественные характеристики семьи как системы, обсудить природу их проблем и найти возможности для изменения [107].

Общепризнанным доказательным методом терапевтического вмешательства при зависимостях является метод мотивационного интервью [139, 140]. Мотивационное интервью представляет собой клиент-ориентированный недирективный подход, стимулирующий клиента к разрешению амбивалентности и принятию решения об изменении [139]. Хотя мотивационное интервью не является теоретически обоснованным подходом [57], оно сочетает в себе доказательные элементы когнитивной психологии. Этот подход получил широкое распространение том числе за счет множества клинических исследований [57, 242].

Метод интервью также нашел применение в суицидологической практике [1, 36]. Провитальное терапевтическое интервью представляет собой последовательность из 17 вопросов, связанных с аутоагрессивным поведением. В процессе прохождения интервью пациент рефлексировал над своей вовлеченностью в деструктивные формы поведения, их связь с алкогольной зависимостью. Осознание своих аутоагрессивных паттернов помогает пациентам преодолеть амбивалентность в пользу позитивного изменения [1].

Метод терапевтического интервью представляет собой перспективное направление для разработки новых психотерапевтических вмешательств. Его эффективность основана на способности сочетать как специфические, так и основные факторы психотерапии, создавая условия для глубокой саморефлексии и осознания проблем клиента. Данный метод позволяет адаптировать психотерапевтический процесс к особенностям клиента, сочетая структурированность с гибкостью, что способствует формированию доверительных отношений и стимулирует мотивацию к изменениям. Использование терапевтического интервью в различных контекстах, включая работу с зависимостями, дает ему потенциал как инструменту, способному существенно обогатить психотерапевтическую практику.

ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1. Организация исследования

Продольное исследование с повторными срезами проводилось на базе стационарного наркологического отделения государственного бюджетного учреждения Рязанской области «Областной клинический наркологический диспансер» с 2021 по 2023 год. Исследование одобрено этическим комитетом Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования Рязанский государственный медицинский университет имени академика И. П. Павлова Министерства Здравоохранения Российской Федерации.

Исследование проводилось по алгоритму, приведенному на Рисунке 1.



Рисунок 1 – Алгоритм проведения исследования

Примечание – КПСН– коэффициент просоцицидальной напряженности [21]; DUDIT – Тест по выявлению расстройств, связанных с употреблением наркотиков; SOCRATES – Шкала стадий готовности к изменениям и готовности лечиться; FTT – Задача на беглость перспективного мышления.

При поступлении проводился опрос пациента, сбор анамнестических данных; назначалось лечение в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи и клиническими рекомендациями. Пациенты получали витамины группы В (тиамин 5% 2 мл внутримышечно в течение пяти дней, пиридоксин 5% 2 мл внутримышечно в течение пяти дней), карбамазепин (суточная дозировка 600 мг), перциазин (4% раствор, суточная дозировка 15-20 мг), алимемазин (суточная дозировка 5 мг). При наличии показаний пациенты получали дезинтоксикационную терапию (400 мл 0,9% раствора натрия хлорида в сутки в течение 2-3 дней). В рамках курса лечения дополнительные психотерапевтические вмешательства, групповая и индивидуальная работа с психологом не предусмотрены. В исследовании принимали участие только пациенты без проявлений острой симптоматики (острая интоксикация, синдром отмены).

Далее пациенты обеих групп заполняли опросники: Шкалу безнадежности Бека [217]; коэффициент просуицидальной напряженности (КПСН) [20, 21]; Шкалу импульсивности Баррата (BIS-11) [57, 58]; Опросник межличностных потребностей (INQ-9) [30, 226]; Тест по выявлению расстройств, связанных с употреблением наркотиков (DUDIT) [26, 86]; Шкалу стадий готовности к изменениям и готовности лечиться (SOCRATES) [139, 171]; Задачу на беглость перспективного мышления (ПМ) (Future thinking task, FTT) [3, 133]; Опросник временной перспективы Зимбардо [29, 241].

Для дальнейшего исследования пациенты делились на основную и контрольную группы. Пациенты, поступившие в понедельник и четверг, распределялись в основную группу, а поступившие во вторник и пятницу – в контрольную группу. С пациентами основной группы проводилось **полуструктурированное интервью, активирующее перспективное мышление (ИАПМ)**, длительностью 2 часа. С пациентами контрольной группы проводилась **стандартная наркологическая беседа (СНБ)**, соизмеримая по длительности с проведением ИАПМ. Далее пациенты продолжали получать назначенное лечение. Стандартный курс лечения составлял 21 день. Перед выпиской пациенты обеих

групп повторно проходили измерение по шкале SOCRATES и шкале безнадежности Бека. Также при выписке проводился учет исхода лечения.

Период наблюдения после выписки составил 6 месяцев. Пациенты продолжали амбулаторное динамическое наблюдение в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения РФ от 30 декабря 2015 г. N 1034н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «психиатрия-наркология» и Порядка диспансерного наблюдения за лицами с психическими расстройствами и (или) расстройствами поведения, связанными с употреблением психоактивных веществ» (с изменениями и дополнениями) [24]. Пациенты, находящиеся в реабилитационном центре (РЦ), также продолжали амбулаторное наблюдение, если руководством РЦ были организованы условия для наблюдения [7, 12].

После выписки продолжалось измерение длительности ремиссии у пациентов. Подтверждением ремиссии являлось отсутствие положительных результатов химико-токсикологического исследования мочи, а также регулярные явки для динамического наблюдения.

2.2. Методология и методы исследования

В диссертационной работе применялись клинико-психопатологический, экспериментально-психологический, инструментальный, клинико-катамнестический методы и методы математической статистики.

С помощью данных методов оценивались следующие группы переменных:

- 1 Социо-демографические показатели и характеристики зависимости;
- 2 Параметры аутоагрессивного поведения (безнадежность, импульсивность, коэффициент просуицидальной напряженности, межличностные потребности);
- 3 Параметры проспективного мышления (объем, тематика, наличие интрузивных образов будущего, влияние образов будущего на состояние/поведение, временная перспектива);
- 4 Параметры эффективности лечения (уровень мотивации и готовности

к изменениям, «исходы лечения»).

Методики, с помощью которых оценивались указанные переменные, приведены далее.

1 Социо-демографические и анамнестические сведения, включая **характеристики зависимости,** собирались с помощью диагностического интервью, представленного в Приложении А, а также с помощью «Теста по выявлению расстройств, связанных с употреблением наркотиков» (Drug Use Disorders Identification Test, DUDIT) [97]. DUDIT представляет собой диагностический инструмент, оценивающий наличие расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ. Методика разработана на основе аналогичной шкалы AUDIT (Alcohol Use Disorder Identification Test) [25], которая используется для выявления алкогольной зависимости. Опросник состоит из 11 вопросов, охватывающих различные аспекты употребления (частота и количество употребляемых веществ, последствия их употребления, наличие патологического влечения). Каждый вопрос оценивается по шкале от 0 («никогда», «нет проблем») до 4 (в вопросах 10 и 11 - до 3) («ежедневно», «значительные проблемы»). Результаты тестирования определяются суммой полученных баллов и сравнением с пороговыми значениями, где 6 и более баллов для мужчин, 2 и более балла для женщин указывают на употребление наркотиков с вредными последствиями (F1x.1); а 25 и более баллов – на наличие синдрома зависимости от наркотика. В исследовании приводится вариант теста DUDIT, представленный в Клинических рекомендациях «Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением психоактивных веществ. Пагубное (с вредными последствиями) употребление» (одобрены Минздравом России) от 2020 г. [26].

2 Параметры аутоагрессивного поведения оценивались с помощью ряда психометрических инструментов.

Уровень безнадежности определялся с помощью Шкалы безнадежности Бека [217]. Для целей исследования безнадежность определялась как «негативные ожидания о себе и своей будущей жизни» [35, 217]. Опросник состоит из 20 последовательных утверждений, включающих позитивные («Я смотрю в будущее

с надеждой и энтузиазмом») и негативные («Мое будущее кажется мне мрачным») утверждения, на которые можно ответить «Верно» или «Неверно». Ответ «Верно» на негативное утверждение и ответ «Неверно» на позитивное добавляют единицу к общей сумме баллов. В зависимости от суммы баллов безнадежность может оцениваться как: в пределах нормы (0-3 балла); легкая (4-8 баллов); умеренная (9-14 баллов); тяжелая (15-20 баллов). В нашем исследовании психометрические характеристики данной шкалы с двумя вариантами ответа оказались удовлетворительными (α Кронбаха = 0,8).

Коэффициент просуицидальной напряженности (КПСН) [20, 21], представляет собой параметрическую величину, определяемую с помощью опросника, состоящего из семнадцати утверждений, для выявления аутоагрессивных факторов в настоящем и их предикторов. Для каждого из утверждений опросника проведено исследование линейной корреляции (коэффициент корреляции обозначен, как r) с классическими формами аутоагрессивного поведения [21]. Опросник предполагает бинарный вариант ответов («Да» (1), «Нет» (0)). Каждый утвердительный ответ на вопросы опросника оценивается в 1 балл и перемножается («1 x r ») с заранее рассчитанным коэффициентом корреляции утверждения с проявлениями аутоагрессивного поведения в зависимости от пола респондента. Полученные значения суммируются. Отрицательные ответы оцениваются в 0 баллов и не участвуют в подсчете. Итоговое значение составляет коэффициент просуицидальной напряженности.

Шкала импульсивности Баррата (Barratt's Impulsivity Scale, BIS-11) [93, 161] – это анкета для самостоятельного заполнения, которая помогает определить, в какой степени человек страдает расстройством импульсного контроля или патологической импульсивностью. Импульсивность определяется как склонность к непреднамеренным действиям без учета последствий. Шкала включает в себя серию утверждений, на которые респондент должен ответить по четырехбалльной шкале (от «никогда» до «очень часто»). Результат в 70-75 баллов указывает на патологическую импульсивность, а результат выше 75 указывает на расстройство

импульсного контроля. Анкета состоит из трех субшкал: способность к планированию и самоконтроль, моторная импульсивность, отвлекаемость внимания. Авторами русскоязычной адаптации [93] предложены также три фактора: самоконтроль; последовательность и настойчивость, способность к планированию; внимание. Психометрическая оценка согласованности показала достаточную внутреннюю однородность шкалы (α Кронбаха 0,811).

Опросник межличностных потребностей (Interpersonal Needs Questionnaire, INQ-9) [30, 226] представляет собой анкету из 12 утверждений, которые анкетиремый оценивает по шкале от 1 (совершенно неверно) до 7 (совершенно верно). Опросник оценивает выраженность двух факторов: восприятия себя как обузы и чувства брошенности, являющихся значимыми факторами возникновения суицидальных мыслей, согласно межличностной теории суицида [215]. **Восприятие себя как обузы** – это состояние, характеризующееся представлениями о том, что другим «было бы лучше, если бы меня не было». Теория самоопределения [186] предполагает, что семейные разлады [166], безработица [182] и функциональные нарушения [70, 110] ассоциированы с суицидальным риском на протяжении жизни, поскольку они могут вызвать у других «ощущение обремененности». **Чувство брошенности** – психологически болезненное состояние психики, возникающее, когда фундаментальная «потребность в принадлежности» [52] не удовлетворяется [215, 226]. Авторы русскоязычной адаптации указывают, что оба этих фактора обладают хорошими предиктивными качествами в отношении возникновения суицидальных идеаций [30]. Опросник не имеет пороговых значений; полученная сумма баллов прямо пропорциональна риску возникновения суицидальной идеации [30]. Оба фактора опросника являются предикторами возникновения желания собственной смерти («Восприятие себя как обузы», $OR=1,78$ (95% $CI=1,26 - 2,51$, $p<0,01$), «Чувство брошенности», $OR=1,18$ ($CI=1,00 - 1,38$, $p<0,05$). Показатель α Кронбаха для эти факторов составляет 0,913 и 0,818 соответственно, что говорит о высокой внутренней согласованности шкал.

3 Параметры проспективного мышления (объем, тематика, наличие

интрузивных образов будущего, влияние образов будущего на состояние/поведение)

Задача на беглость перспективного мышления (Future thinking task, FTT) [3, 133] используется для оценки нескольких параметров перспективного мышления: временной дистанции (перспективы, «глубины» будущего), «объема» (беглости), феноменологии (эмоциональная валентность, прогнозируемая вероятность), дифференцированности (соотношение конкретных уникальных – специфичных – и абстрактных – глобализованных – событий) и тематики моделей будущего. Участнику исследования давалась следующая инструкция [46, с 179-180]:

– «Подумайте и в течение 1 минуты назовите как можно больше позитивных событий, которые Вы ждете (к которым стремитесь) и которые могут произойти с Вами в течение недели, начиная с сегодняшнего дня / в следующем году / в течение следующих 5–10 лет».

– «Подумайте и в течение 1 минуты назовите как можно больше негативных событий, которых Вы не ждете (к которым не стремитесь) и которые могут произойти с Вами в течение недели, начиная с сегодняшнего дня/ в следующем году / в течение следующих 5–10 лет».

Участники называли события в течение 1 минуты, всего 6 попыток (3 – на позитивные события; 3 – на негативные). Ответы участников фиксировались исследователем в отчете и на диктофон. Диктофонные записи транскрибировались с целью дальнейшего анализа содержания. Контент-анализ включал оценку **объема событий будущего**, то есть подсчет названных событий по различным категориям: по каждому условию отдельно, совокупное число событий, число позитивных и число негативных событий, число краткосрочных, среднесрочных и долгосрочных событий. По отдельности подсчитывался индекс негативных и позитивных событий (среднее арифметическое негативных и позитивных событий), индекс позитивности будущего (отношение позитивных к негативным событиям).

Опросник временной перспективы Зимбардо (Zimbardo Time Perspective

Inventory, ZTPI) [29, 241] использовался для оценки ориентации на будущее у участников. Временная перспектива – это часто неосознанный процесс, посредством которого непрерывные потоки личного и социального опыта относят к временным категориям или временным рамкам, которые помогают придать этим событиям порядок, последовательность и смысл [241]. Опросник оценивает 5 аспектов временной перспективы: позитивное и негативное прошлое, гедонистическое настоящее, фаталистическое настоящее, будущее. Негативное прошлое отражает общий негативный взгляд на свое прошлое [241]. Напротив, позитивное прошлое отражает восприятие своего прошлого в позитивном ключе [241]. Гедонистическое настоящее отражает не только позитивные моменты наслаждения текущим моментом, чувство радости и удовольствия от бытия, но и рискованное, гедонистическое, безрассудное отношение ко времени и жизни, ориентированное на получение краткосрочного удовольствия, не взирая на последствия [241]. Фактор будущее отражает общую временную ориентацию и предполагает, что поведение человека может быть направлено на достижение отдаленных целей [241]. Фаталистическое настоящее представляется как беспомощность, безнадежность в отношении будущего и жизни [241].

Опросник временной перспективы Зимбардо состоит из 56 пунктов, на которые респондент отвечает по пятибальной шкале (от 1 – «совершенно не верно» до 5 – «совершенно верно»). Есть прямые и «обратные» баллы. Сумма баллов по каждой шкале делится на число входящих в нее пунктов, и полученные коэффициенты позволяют выявить и оценить временные ориентации человека в сравнении с нормативными показателями, предложенными авторами адаптации [29]: «Негативное прошлое» ($\alpha=0,76$) $M=2,5$; $SD=0,59$; «Гедонистическое настоящее» ($\alpha=0,78$) $M=3,42$; $SD=0,56$; «Будущее» ($\alpha=0,77$) $M=3,48$; $SD=0,62$; «Позитивное прошлое» ($\alpha=0,53$) $M=3,68$; $SD=0,57$; «Фаталистическое настоящее» ($\alpha=0,64$) $M=2,68$; $SD=0,61$.

Опросник в приведенной адаптации использовался в многочисленных исследованиях на российских выборках, в том числе в клинике зависимостей [8,

11, 13] и демонстрирует хорошие психометрические характеристики [29].

Шкала влияния будущих событий (Impact of Future Event Scale, IFES) [79] оценивает восприятие и эмоциональное реагирование на предстоящие события будущего. Анкетированному предлагается назвать три будущих события, о которых он думал, представляя себе ход каждого из них в течение предшествовавших 7 дней, а также оценить эти события как положительные или отрицательные. После размышления о событиях и их фиксации в опроснике (исследователем) участникам предлагалось оценить 24 утверждения о том, как именно события будущего влияли на участника, по шкале от 0 («нет») до 4 («очень сильно»). Полученный результат суммировался для получения итогового балла. В оригинальном исследовании полученный итоговый балл по шкале обладает прямой корреляцией ($r=0,26$, $p=0,02$) с выраженностью депрессивных симптомов (измеренных по шкале депрессии Бека), а также значимо различался в группах с депрессивными симптомами и без них ($t(52) = 2.39$, $p = .021$, $d = .65$) [79]. Текст IFES приведен в Приложении Б.

IFES был переведен на русский язык англоговорящим клиническим психологом и прошел обратный перевод специалистом аналогичной квалификации. Окончательная версия предметов была доработана исследовательской группой. Надежность шкалы для русской версии была достаточной: альфа Кронбаха составляла 0,835. Полученные в результате данной процедуры пункты опросника дополнительно верифицировались автором исследования.

6. В текущем исследовании опросник не предъявлялся участникам в бумажном виде, а стал основой **Интервью, активирующего перспективное мышление** (Приложение В), где пункты IFES переформулировались в виде закрытых вопросов. Методика интервью, активирующего перспективное мышление, была разработана на основе идей о важности перспективного мышления и роли его нарушений в патологии у пациентов с зависимостями [33], а также на основе наших пилотных наблюдений за пациентами с зависимостью от психостимуляторов.

4 Параметры эффективности лечения (уровень мотивации и готовности

к изменениям, «исходы лечения»)

Шкала стадий готовности к изменениям и готовности лечиться (Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale, SOCRATES) [139, 171] оценивает готовность пациентов к изменению своего поведения, связанного с употреблением алкоголя или наркотиков. Опросник-самоотчет состоит из 19 утверждений, с которыми респондент оценивает степень своего согласия (от «совершенно не согласен» до «полностью согласен») по пятибалльной шкале. Опросник имеет трехфакторную структуру: осознание, амбивалентность, действие. При суммировании полученных результатов получается итоговый балл по шкале SOCRATES («сырые баллы»). При переводе сырых баллов в стены (по таблице, предложенной авторами русскоязычной адаптации) [171] определяется уровень готовности к изменению: низкий – 47 и меньше, ниже среднего – 48-55, средний – 56-77, выше среднего 78-86, высокий – 87 баллов и более.

Параметры исхода лечения кодировались дихотомически (да/нет) и включали следующие варианты:

- тюремное заключение,
- самовольная выписка,
- нарушение режима,
- получает долгосрочную терапию,
- продолжил реабилитацию,
- добровольно отправился в реабилитационный центр (РЦ),
- закончил лечение без нарушений, но не получал долгосрочную терапию/не проходил реабилитацию.

Исходы «тюремное заключение, самовольная выписка, нарушение режима» считались «**негативными**», так как за этим, как правило, следовал рецидив употребления психостимуляторов; помещение в места лишения свободы. Исходы «получает долгосрочную терапию, продолжил реабилитацию, добровольно отправился в РЦ» считались «**позитивными**», так как они являются отражением изменения отношения пациента к расстройству и попыткой справиться с ним.

Длительность ремиссии оценивалась на протяжении всего периода наблюдения путем сбора самоотчетов, информации от родственников и ответственных лиц, получаемых в процессе динамического наблюдения, а также объективных сведений (результаты химикотоксикологического (ХТИ) исследования мочи на содержание ПАВ) о состоянии пациента. Для динамического наблюдения пациенты 1 раз в месяц посещали амбулаторное отделение для проведения осмотра врачом-психиатром-наркологом, сдавали мочу для ХТИ. Эти данные использовались для оценки длительности ремиссии на протяжении шестимесячного периода наблюдения.

Статистическая обработка данных. При статистическом анализе количественные показатели оценивались на предмет соответствия нормальному распределению с помощью критерия Колмогорова-Смирнова. Количественные показатели, имеющие нормальное распределение, описывались с помощью средних арифметических величин (M) и стандартных отклонений (SD), границ 95% доверительного интервала (95% ДИ). В случае отсутствия нормального распределения количественные данные описывались с помощью медианы (Mdn) и нижнего и верхнего квартилей ($Q1 - Q3$). Категориальные данные описывались с указанием абсолютных значений и процентных долей. Сравнение двух групп по количественному показателю, распределение которого отличалось от нормального, выполнялось с помощью U-критерия Манна-Уитни. Сравнение процентных долей при анализе многопольных таблиц сопряженности выполнялось с помощью критерия хи-квадрат Пирсона с поправкой на непрерывность в соответствующих случаях, а также точного теста Фишера. Статистический анализ между несколькими независимыми выборками производился с использованием критерия Крускала-Уоллиса и критерия знакового ранга Уилкоксона для повторных измерений для данных, неподходящих для использования параметрических критериев. Доля дисперсии, связанная с основным эффектом и эффектом взаимодействия, оценивалась с помощью Эта-квадрат. Для проверки и изучения связи между зависимыми переменными и несколькими независимыми переменными использовался метод построения модели множественной линейной

регрессии. Модели строились пошагово с учетом фактора мультиколлинеарности, нормальности распределения и анализа распределения остатков. С помощью дисперсионного анализа полученные модели оценивались на предмет общего соответствия. Статистическая значимость результатов установлена на уровне $p < 0,05$.

2.3. Материалы исследования

2.3.1. Характеристика выборки

В соответствии с критериями включения и наличием добровольного информированного согласия, в итоговую выборку вошло 112 пациентов, из них – 73 женщины и 39 мужчин. Медианный возраст участников составил 24 года [21,00÷27,00].

Критерии включения:

- Соответствие критериям постановки диагноза «Синдром зависимости от психостимуляторов» по МКБ-10 (F15.2);
- Добровольное информированное согласие на участие в исследовании.
-

Критерии исключения:

- Наличие тяжелых коморбидных психических расстройств (биполярное аффективное расстройство F31, расстройства шизофренического спектра F20-F29, органические, включая симптоматические психические расстройства F00-F09);
- Синдром зависимости от других ПАВ;
 - Отсутствие информированного добровольного согласия на участие в исследовании.

Распределение участников по группам

Пациенты случайным образом распределялись в основную и контрольную

группы. Пациенты, поступившие в понедельник и четверг, зачислялись в основную группу (N=56), а поступившие во вторник и пятницу – в контрольную (N=56). Пациенты основной группы получали ИАПМ. Пациенты контрольной группы получали СНБ в равном объеме по времени и вниманию.

Данные сравнения социо-демографических показателей исследуемых групп представлены в Таблице 1.

Таблица 1 – Социо-демографическая характеристика участников основной и контрольной групп

Показатели	Категории	Группы		Тест, р
		Основная	Контрольная	
Возраст, лет, Mdn [IQR]*	24,00 [21,00÷27,00]	23,50 [22,00÷26,00]	23,50 [22,00÷26,00]	U=1564, 0,981
По, абс. (%)	женский	39 (69,6%)	34 (60,7%)	$\chi^2=0,983$, 0,321
	мужской	17 (30,4%)	22 (39,3%)	
Семейное положение, абс. (%)	в браке	8 (14,3%)	8 (14,3%)	$\chi^2=1,001$, 0,603
	в разводе	0 (0,0%)	1 (1,8%)	
	холост	48 (85,7%)	47 (83,9%)	
Образование общее, абс. (%)	неоконченное высшее	8 (14,3%)	8 (14,3%)	$\chi^2=7,611$, 0,055
	Общее среднее	9 (16,1%)	6 (10,7%)	
	специальное среднее	32 (57,1%)	23 (41,1%)	
	оконченное высшее	7 (12,5%)	19 (33,9%)	
Трудоустройство, абс. (%)	не работает	22 (39,3%)	21 (37,5%)	$\chi^2=0,038$, 0,846
	работает	34 (60,7%)	35 (62,5%)	
Примечание – * – Непрерывные переменные представлены как Mdn [Q1÷Q3].				

Согласно Таблице 1, исследуемые группы оказались сравнимы по социо-демографическим показателям ($p>0,05$).

Обе группы также оказались достоверно однородными по характеристикам синдрома зависимости (Таблица 2).

Таблица 2 – Характеристики синдрома зависимости у исследуемых групп

Показатели		Группы		Р
		Основная	Контрольная	
Возраст первого употребления ПАВ, Mdn [IQR]		18,00 [16,00; 21,00]	20,00 [18,00; 22,00]	U=1270; 0,082
Возраст начала систематического употребления психостимуляторов, лет, Mdn [IQR]		22,00 [19,00; 24,25]	22,00 [20,00; 24,00]	U=1517; 0,768
Стаж употребления, лет, Mdn [IQR]		2,00 [1,00; 2,00]	2,00 [1,00; 2,00]	U=1372; 0,217
Длительность «Светлых промежутков» (в мес.), Mdn [IQR]		2,00 [1,00; 4,00]	2,00 [1,00; 3,00]	U=1283,500; 0,090
Путь употребления, абс. (%)	внутривенно	2 (3,6%)	4 (7,1%)	$\chi^2=9,607$, 0,790
	интраназально	17 (30,4%)	16 (28,6%)	
	курение	26 (46,4%)	23 (41,1%)	
	несколько путей	11 (19,6%)	13 (23,2%)	
Обращался ли за помощью в связи с употреблением ПАВ, абс. (%)	неоднократно	12 (21,4%)	12 (21,4%)	$\chi^2=0,046$, 0,977
	однократно	20 (35,7%)	21 (37,5%)	
	никогда	24 (42,9%)	23 (41,1%)	

Короткие «светлые промежутки», повторные госпитализации (для большей части пациентов) говорят о неспособности длительно поддерживать трезвость и низкой приверженности долгосрочной терапии у таких пациентов. Необходимость обращаться за помощью уже через 2 года употребления говорит о высокой прогрессивности зависимости от психостимуляторов [12].

Достоверных различий между исследуемыми группами по пути употребления ПАВ и обращаемостью за медицинской помощью в связи с употреблением ПАВ обнаружено не было. Как не было и различий по итоговому баллу DUDIT: 21 балл [19; 23] в основной группе и 20,5 баллов [19; 22] в контрольной группе. Таким образом, на этапе первого тестирования группы не

различались по социально-демографическим и основным клиническим характеристикам ($p < 0,05$), что обеспечивает сравнимость данных групп.

2.3.2. Алгоритм интервенционных воздействий в рамках исследования

Интервью, активирующее перспективное мышление

В исследовании опросник IFES не предъявлялся участникам в бумажном виде, а стал основой **Интервью, активирующего перспективное мышление** (Приложение В), где пункты IFES переформулировались в виде закрытых вопросов. После получения ответа «да» или «нет» исследователь стимулировал рефлекссию участников основной группы в отношении данного ответа с помощью дополнительных открытых вопросов и комментариев, направленных на исследование собственного перспективного мышления, перспективных психических образов, и связанного мышления, например: «Расскажите, пожалуйста, об этом подробнее», «Что Вы могли бы добавить к этому?», «Какой именно образ Вас беспокоил больше всего?», «Что Вы почувствовали, когда у Вас появился этот внезапный образ?» «Опишите содержание этой мысли /образа», «Как часто у Вас возникают подобные образы?» и т.д.

Стандартная наркологическая беседа

Стандартная наркологическая беседа заключалась в сборе анамнеза, выяснении причин, мотивации употребления, характерных паттернов употребления наркотических веществ, анализа течения светлых промежутков и ремиссий, срывов и их триггеров, компонентов патологического влечения (идеаторный, аффективный, поведенческий и др.), аутоагрессивного поведения и др. (Приложение Г). Процедура стандартной наркологической беседы составлена в соответствии с алгоритмом ведения пациента и проведения опроса у пациента с синдромом зависимости от ПАВ, предложенными в клинических рекомендациях.

ГЛАВА 3. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИМЕНЕНИЯ ИНТЕРВЬЮ, АКТИВИРУЮЩЕГО ПРОСПЕКТИВНОЕ МЫШЛЕНИЕ, ДЛЯ ПСИХОТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТИМУЛЯТОРОВ

3.1. Характеристика показателей аутоагрессии, психопатологических параметров и мотивации на этапе начала лечения (первого тестирования)

3.1.1. Характеристика аутоагрессии у пациентов, зависимых от психостимуляторов, на этапе начале лечения

При оценке Коэффициента просуицидальной напряженности выявлено отсутствие статистических различий между исследуемыми группами по величине КПСН (Таблица 3).

Таблица 3 – Сравнение величины коэффициента просуицидальной напряженности у исследуемых групп

Показатели	Группы		U	p
	Основная группа	Контрольная группа		
КПСН, М (SD) 95% ДИ	4,26 (2,64) 2,23 – 3,25	3,72 (1,67) 1,41 – 2,06	1425	0,406
Примечание – КПСН– коэффициент просуицидальной напряженности, М – среднее, SD – стандартное отклонение, ДИ – доверительный интервал, U – U-критерий Манна-Уитни				

На Рисунке 2 представлено сравнение полученных коэффициентов просуицидальной напряженности по группам пациентов с синдромом зависимости от психостимуляторов с данными научной литературы (Рисунок 2) [21].

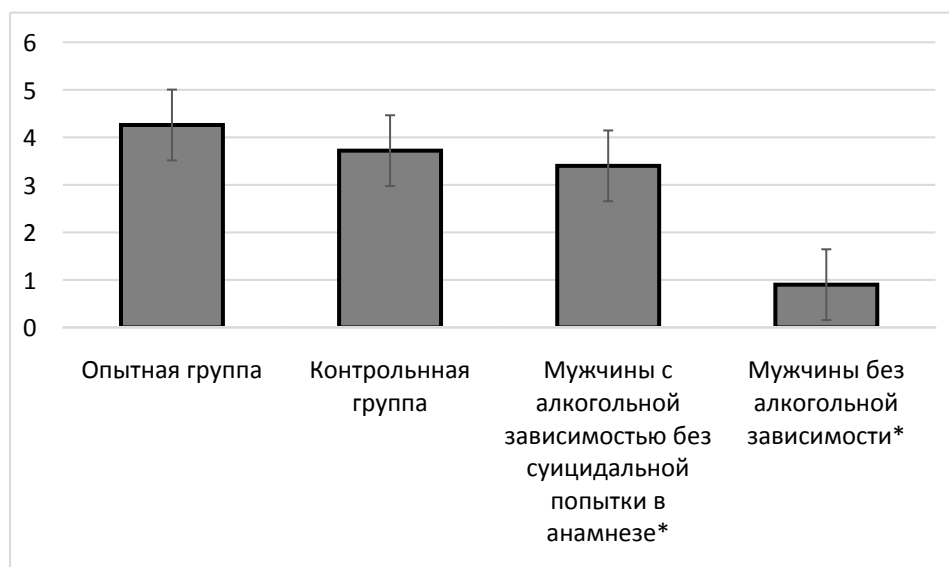


Рисунок 2 – Характеристика КПСН в различных выборках по литературным данным

Примечание – КПСН– коэффициент просуицидальной напряженности. * – по данным [21].

Рисунок 2 иллюстрирует, что средняя величина КПСН у исследуемых групп, предположительно, выше по сравнению с группами мужчин с алкогольной зависимостью без суицидальной попытки и мужчин без алкогольной зависимости [40]. По-видимому, это демонстрирует большой аутоагрессивный потенциал пациентов с зависимостью от психостимуляторов, по сравнению с зависимыми от алкоголя, однако данное утверждение нуждается в дополнительной эмпирической проверке в рамках исследований с несколькими группами пациентов с зависимостями от разных ПАВ. В Таблице 4 представлено сравнение исследуемых групп по проявлениям аутоагрессии.

Таблица 4 – Сравнение проявлений аутоагрессии в исследуемых группах

Показатель	Итого, абс (%)	Основная группа, абс (%)	Контрольная группа, абс (%)
Суицидальные попытки в анамнезе	23 (20,5%)	13, (23,2%)	10, (17,8%)

Продолжение Таблицы 4

Суицидальные мысли	54 (48,2%)	28, (50%)	26, (46,4%)
Нанесение самоповреждений	30 (26,8%)	14, (25%)	16, (28,5%)

Подробную характеристику отдельных параметров аутоагрессии согласно опроснику КПСН смотрите в Приложении Д.

При оценке параметров аутоагрессии, исследуемых с помощью опросника КПСН (Приложение Д), в общей выборке исследуемых пациентов, выявлена высокая частотность ответов, характеризующих **специфические для аутоагрессантов когниции, связанные с негативными ожиданиями от будущего** [153, 154], а именно высокая распространенность суицидальных мыслей (48%), чувства безысходности или беспомощности (52,7%), переживания отсутствия смысла жизни (54,5%). При этом за помощью к психиатру (то есть, демонстрировали целенаправленное поведение, проспективно ориентированное на решение проблемы) обращались только 30,4%. Это могло бы быть связано с тем, что при отсутствии позитивных ожиданий от будущего в картине чувства безнадежности, о котором сообщала больше половины участников, обращение за помощью специалиста представляется бесперспективным и ненужным («никто не поможет», «мне нельзя помочь»).

Отдельная оценка уровня безнадежности по шкале Бека при первом тестировании представлена на Рисунке 3.

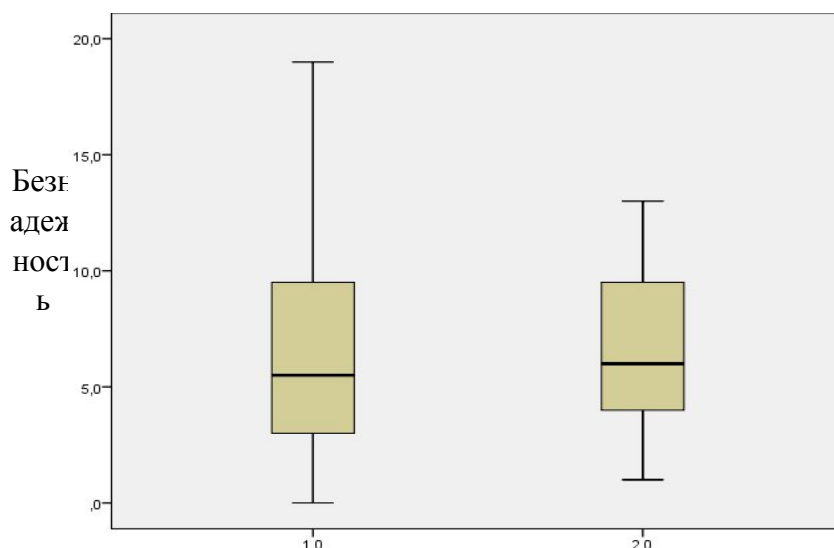


Рисунок 3 – Уровень безнадежности в группах по Шкале Бека при первом тестировании

Примечание – 1 – Основная группа; 2 – Контрольная группа.

Рисунок 3 демонстрирует, что в группах наблюдались практически одинаковые медианные уровни безнадежности ($U=1444$; $p=0,469$), которые можно охарактеризовать, как низкие. С одной стороны, этот результат был ниже ожидаемого нами, а также гораздо ниже уровня безнадежности, наблюдаемого у парасуицидентов [89] и людей с зависимостями в других исследованиях [114, 238]. С другой стороны, этот уровень может быть клинически значимым, так как может увеличиваться в ситуациях дистресса, о чем сообщали пациенты в самоотчете КПСН, а также снижаться в рамках безопасного и помогающего окружения стационара [101, 185, 231]. Это может быть связано с появлением позитивных ожиданий от лечения или возможного облегчения физической и психической боли, возникающей при синдроме отмены [41, 195].

Оценка импульсивности по шкале импульсивности Баррата представлена в Таблице 5.

Таблица 5 – Сравнение импульсивности у исследуемых групп по шкале импульсивности Баррата (BIS-11)

Показатели	Группы		U Манна-Уитни	p
	Основная Mdn [Q1-Q3]	Контрольная Mdn [Q1-Q3]		
Итоговый балл по BIS-11	67 [54,5-79,5]	69 [62-76]	1385	0,286
Внимание	19 [15-23]	18 [11-25]	976	0,001
Двигательная импульсивность	25 [20-30]	24 [20,2-27,8]	1212	0,037
Отсутствие планирования	26 [21-31]	24 [21-27]	935	0,001
Примечание – Mdn – медиана, Q1 – квартиль 1, Q3 – квартиль 3, p – уровень значимости.				

В соответствии с Таблицей 5, группы не различались по общему уровню импульсивности ($p=0,29$), который приближался, но не достигал патологических уровней. Вместе с тем, в основной группе наблюдалось небольшое, но значимое превышение отдельных параметров импульсивности по сравнению с контрольной. С учетом того, что общий уровень был сходным, данные различия, по нашему мнению, не препятствуют анализу данных и не умаляют возможности сравнения групп. В целом, показатели импульсивности в нашей работе оказались сопоставимы с данными научной литературы по исследованию импульсивности при синдроме зависимости от ПАВ [213, 235].

В Таблице 6 представлено сравнение групп по Шкале межличностных потребностей Джойнера.

Таблица 6 – Сравнение исследуемых групп по шкале межличностных потребностей

Показатели	Группы		U Манна-Уитни	p
	Основная Mdn [Q1-Q3]	Контрольная Mdn [Q1-Q3]		
Итоговый балл по шкале межличностных потребностей	43,50 [37,75; 48,00]	43,00 [39,75; 46,00]	1520	0,782
Восприятие себя как обузы	8	12	1133	0,011
Чувство брошенности	32,5 [19-46]	28,5 [19,5-37,5]	1253	0,067
Примечание – Mdn – медиана, Q1 – квартиль 1, Q3 – квартиль 3, p – уровень значимости.				

Таблица 6 показывает, что между исследуемыми группами не было достоверных различий по величине итогового балла по шкале межличностных потребностей ($p > 0,05$). Данный уровень можно охарактеризовать как средний. Пациенты с высоким итоговым баллом по шкале межличностных потребностей могут испытывать сильный эмоциональный стресс и чувство безнадежности [52, 80, 194, 215]. Употребление психостимуляторов и другие формы аддиктивного поведения часто приводят к социальной изоляции. Пациенты могут потерять связь с друзьями, семьей и коллегами из-за своего поведения и его последствий. Высокие уровни чувства брошенности и восприятия себя как обузы могут быть связаны с высоким уровнем суицидальной идеации [30, 214]. При этом, чувство брошенности у пациентов в обеих групп было более выражено, чем восприятие себя как обузы. Пациенты, испытывающие сильное чувство брошенности, могут чувствовать, что они не имеют социальной поддержки, что может усиливать их эмоциональное напряжение и суицидальные мысли [194]. Восприятие себя как обузы также указывает на суицидальный риск, так как пациенты могут чувствовать, что они являются бременем для окружающих, что является частым фактором в суицидальных идеациях [211, 216].

Отметим, что, согласно полученным данным (Таблица 6), контрольная группа имела более высокий балл восприятия себя как обузы, по сравнению с основной ($p = 0,01$). По нашему мнению, данное различие не препятствует сравнению групп, поскольку общий балл по шкале и уровень чувства брошенности не различались в группах, однако должно учитываться при анализе и интерпретации данных об эффективности применения ИАПМ.

3.1.2. Характеристика показателей мотивации у исследуемых пациентов

Мотивация пациентов исследовалась с помощью шкалы SOCRATES, результаты по которой представлены в Таблице 7.

Таблица 7 – Сравнение мотивации у исследуемых пациентов, выраженное в сумме итоговых баллов по шкале SOCRATES

Показатели	Группы		U Манна-Уитни	p
	Основная Mdn [Q1-Q3]	Контрольная Mdn [Q1-Q3]		
Итоговый балл по шкале Socrates	48,00 [47,00; 49,00]	49,00 [48,00; 49,00]	1225	0,042*
Подшкала «Признание зависимости»	20 [18-22]	20 [17-23]	1510	0,733
Подшкала «Амбивалентность»	11 [9-13]	11 [9-13]	1513	0,743
Подшкала «Активные действия»	18 [15-21]	18 [16-20]	1242	0,054
Примечания – Mdn – медиана, Q1 – квартиль 1, Q3 – квартиль 3, p – уровень значимости.				

Согласно Таблице 7, группы имели достоверные различия ($p=0,042$) по итоговому баллу по шкале SOCRATES при первом тестировании, причем контрольная группа выглядит мотивированнее, чем Основная. При этом, группы не имели различий по всем трем подшкалам шкалы.

Кроме того, при переводе сырых баллов в стены, на основании которых определяется оценка уровня готовности к изменению (низкий – 47 и меньше, ниже среднего – 48-55, средний – 56-77, выше среднего 78-86, высокий – 87 и более), группы не имели различий по оценке их уровня готовности к изменению, который можно было бы, в целом, охарактеризовать, как ниже среднего, что иллюстрирует Таблица 8.

Таблица 8 – Распределение пациентов по готовности к изменению при первом тестировании

Показатели	Категории	Группы		Критерий $\chi^2(df)$, p
		Основная	Контрольная	
Оценка уровня готовности к изменению, абс. (%)	Средний	1 (1,8%)	0 (0,0%)	$\chi^2(2)=$; 0,082
	Ниже среднего	36 (64,3%)	46 (82,1%)	
	Низкий	19 (33,9%)	10 (17,9%)	
Примечания – χ^2 - хи-квадрат Пирсона, df – степени свободы.				

Таким образом, несмотря на статистическое различие в общем уровне мотивации в сырых баллах SOCRATES, клинически разница в уровне мотивации в двух группах на период начала лечения отсутствовала.

3.1.3. Особенности проспективного мышления у исследуемых пациентов

Параметры проспективного мышления у пациентов оценивались с помощью различных методик. Прежде всего, с помощью Опросника временной перспективы Ф. Зимбардо в адаптации А. Сырцовой [29], исследовались временные ориентации участников других групп. Данные этого исследования представлены в Таблице 9.

Таблица 9 – Характеристика исследуемых групп по опроснику временной перспективы Зимбардо

Показатели	Группы		U Манна-Уитни	p
	Основная Mdn [Q1-Q3]	Контрольная Mdn [Q1-Q3]		
Негативное прошлое,	3,80 [3,27; 4,60]	2,90 [2,70; 2,90]	331	< 0,001
Гедонистическое настоящее	3,87 [3,48; 4,55]	3,87 [3,73; 4,00]	1488	0,643
Будущее	2,62 [2,44; 3,00]	2,62 [2,44; 2,77]	1457	0,518
Позитивное прошлое	2,94 [2,78; 3,11]	2,22 [2,11; 2,36]	124	< 0,001
Фаталистическое настоящее	3,67 [3,19; 4,33]	3,78 [3,64; 3,78]	1545	0,895
Примечания – Mdn – медиана, Q1 – квартиль 1, Q3 – квартиль 3, p – уровень значимости.				

Согласно Таблице 9, исследуемые группы оказались сравнимы по показателям «Будущее» (которое интересовало нас, в первую очередь), «Гедонистическое настоящее» и «Фаталистическое настоящее». Основная группа имела более высокие уровни показателей «Позитивное прошлое» (хотя этот показатель в обеих группах значительно ниже нормативного значения в здоровых выборках) и «Негативное прошлое»[29]. То есть, хотя обе группы, несмотря на найденные различия, скорее всего, не могли воспользоваться ресурсом

позитивного прошлого, которое связывают с психическим благополучием [167], Основная группа находилась в еще более уязвимом положении в отношении возможного дисфункционального влияния негативных воспоминаний [106, 137, 174]. На Рисунке 4 представлено сравнение временной перспективы исследуемых групп с данными нормативной выборки, которая использовалась для адаптации.

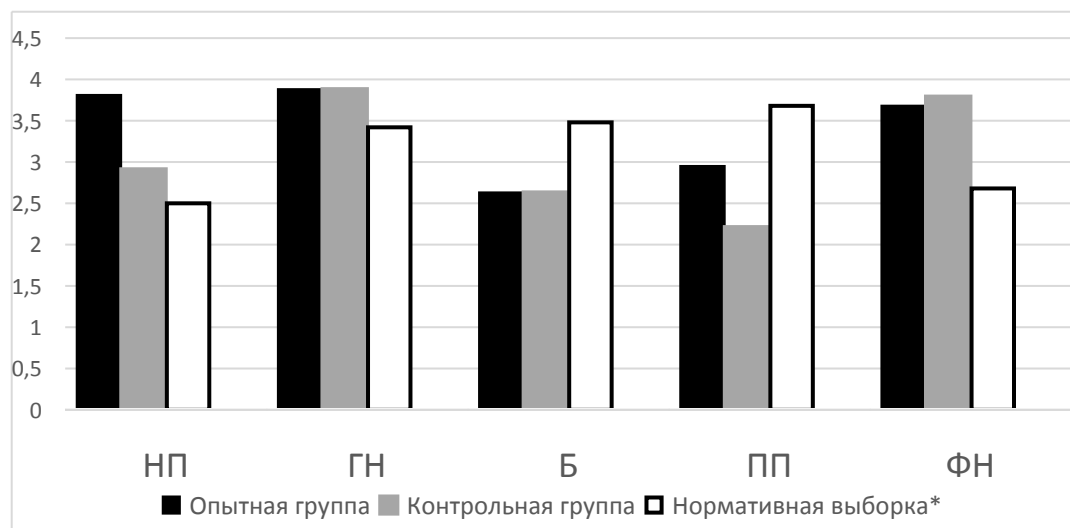


Рисунок 4 – Сравнение временной перспективы исследуемых групп с данными авторов русскоязычной адаптации опросника временной перспективы Зимбардо

Примечание – диапазон нормы для каждой временной ориентации составляет [29]: «НП» от 1,91 до 3,09, «ГН» от 2,86 до 3,98; «Б» от 2,86 до 4,1; «ПП» от 3,11 до 4,25; «ФН» от 2,07 до 3,29. НП – негативное прошлое, ГН – гедонистическое настоящее, Б – будущее, ПП – позитивное прошлое, ФН – фаталистическое настоящее.

Как видно из Рисунка 4, показатели временной перспективы пациентов исследуемых групп выходят за рамки нормативных показателей [29] по факторам «Будущее», «Позитивное прошлое», «Фаталистическое настоящее», «Гедонистическое настоящее» в обеих группах. При этом, контрольная группа, в отличие от основной находится в пределах нормы (приближаясь к верхней границе) по фактору «Негативное прошлое», а Основная группа имеет аномально высокую ориентацию на него. Сниженные показатели по фактору «Будущее» в совокупности с высокой ориентацией на «Гедонистическое настоящее» отражает установленную для зависимых склонность к обесцениванию долгосрочных вознаграждений [178], то есть предпочтение быстрому и краткосрочному подкрепляющему и приносящему эйфорию либо обезболивающему стимулу

(наркотик) вместо долгосрочных, накапливаемых преимуществ трезвости. Данное наблюдение согласуется с установленной авторами адаптации Опросника Зимбардо отрицательной корреляцией между фактором «Будущее» и фактором «Гедонистическое настоящее» [29]. Высокое среднее значение по фактору «Фаталистическое настоящее», предположительно, характеризует неспособность исследуемых пациентов противостоять импульсивному поведению и употреблению психостимуляторов в виду неспособности оценить последствия этих действий и поверить в возможность повлиять на свое будущее. Вместе с тем, комбинация высокого «Фаталистического настоящего» и низкой ориентации на будущее достаточно характерна для людей с суицидальным риском и в ряде исследований пациентов с депрессией оказывается связана с чувством безнадежности [80, 113, 153]. Фактически, такое сочетание характеризует отсутствие позитивных и мотивирующих образов будущего, ощущение собственного бессилия и пассивность перед лицом «судьбы», что в комбинации с болезненными негативными воспоминаниями о прошлом (Рисунок 4) может приводить к попыткам разорвать замкнутый круг безысходности и психической боли через попытку самоубийства либо, в случае зависимых, анальгезирующее и активирующее действие психоактивного вещества.

Подтверждение тезисов об ограниченности картины будущего у пациентов с синдромом зависимости от психостимуляторов обнаруживается в исследовании результатов Задачи на беглость перспективного мышления (FTT) [133, 145], представленных в Таблице 10.

Таблица 10 – Результаты Задачи на беглость перспективного мышления в исследуемых группах

Показатели		Группы		U Манна-Уитни	p
		Основная	Контрольная		
Позитивные	Неделя,	2,00 [2,00; 3,00]	2,00 [2,00; 3,00]	1407	0,310
	Год	1,00 [1,00; 2,00]	1,00 [1,00; 2,00]	1532	0,818
	Пять лет	1,00 [0,00; 1,00]	1,00 [1,00; 1,00]	1518	0,728
	Всего	5,00 [3,00; 6,25]	5,00 [4,00; 5,00]	1525	0,798

Продолжение Таблицы 10

Негативные	Неделя,	2,00 [2,00; 3,00]	2,00 [2,00; 3,00]	1534	0,827
	Год	1,00 [1,00; 1,25]	1,00 [1,00; 1,00]	1552	0,913
	Пять лет	1,00 [0,00; 1,00]	1,00 [0,00; 1,00]	1460	0,472
	Всего	4,00 [3,00; 5,00]	4,00 [3,00; 5,00]	1516	0,757
Всего событий		9,00 [6,75; 11,00]	9,00 [8,00; 10,00]	1498	0,681
Всего за неделю		5,00 [4,00; 5,00]	5,00 [4,00; 5,00]	1505	0,703
Всего за год		3,00 [2,00; 3,00]	3,00 [2,00; 3,00]	1563	0,978
Всего за пять лет		2,00 [1,00; 2,00]	2,00 [1,00; 2,00]	1557	0,946
Индекс позитивных событий		1,67 [1,33; 1,67]	1,67 [1,00; 2,08]	1525	0,798
Индекс негативных событий		1,33 [1,00; 1,67]	1,33 [1,00; 1,67]	1516	0,757
Индекс позитивности: позитивные/негативным		1,25 [1,00; 1,50]	1,29 [0,83; 1,67]	1550	0,916
Примечание – Индекс негативных /позитивных событий – среднее значение негативных либо позитивных событий по трем временным условиям.					

В соответствии с данными в Таблице 10, группы не различались по объему проспективного мышления. Вместе с тем, наблюдалось существенное ограничение данного объема как в зависимости от валентности, так и в зависимости от временной дистанции (удаленности от настоящего момента), если сравнивать данные литературы по объему событий будущего в нормативных и даже других выборках зависимых пациентов (Рисунок 5).

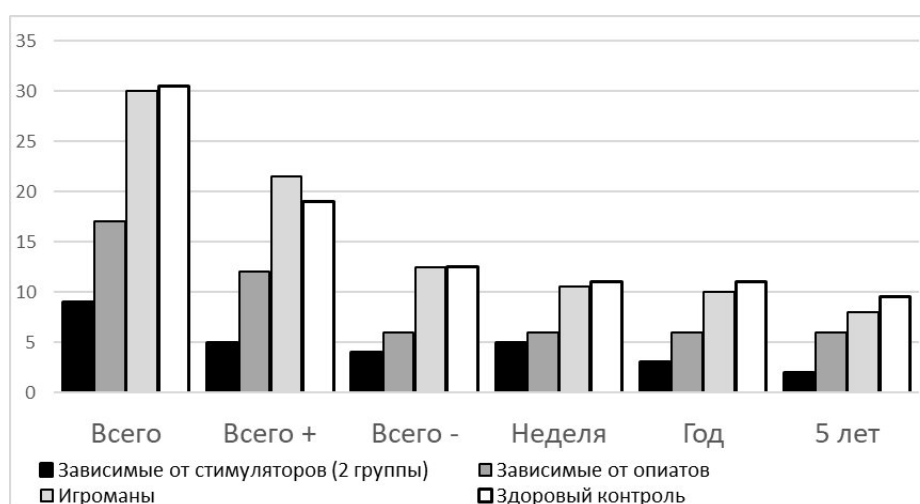


Рисунок 5 – Сравнение результатов выполнения Задачи на беглость проспективного мышления у зависимых и здорового контроля по данным литературы [198]

Таким образом, согласно полученным данным, пациенты с синдромом зависимости от психостимуляторов имели выраженную миопию в отношении собственного будущего, причем как позитивного, так и негативного, как долгосрочного, так и краткосрочного. Столь низкие показатели объема будущих событий довольно неожиданны и могут объясняться, в том числе, отличиями в составе исследователей, то есть факторов влияния исследователя на сбор материала, поскольку методологически данные работы выполнялись по одной схеме. Кроме того, возможны различия и в выборках, так как предыдущие данные собирались в выборках амбулаторных пациентов с большим периодом трезвости. Указанные возможности предполагают необходимость проведения дополнительных исследований объема будущих событий в выборке зависимых от психостимуляторов, например, в формате нескольких поперечных срезов на протяжении нескольких месяцев, для оценки изменения или отсутствия изменений в объеме будущих событий в зависимости от дней трезвости.

Вместе с тем, полученные данные подтверждают другие свидетельства ограничения мышления о собственном будущем у пациентов с зависимостями от ПАВ [3, 141]. Кроме того, наши результаты укладываются в картину потенциальной аутоагрессивности пациентов, поскольку результаты выполнения задачи пациентами с синдромом зависимости от психостимуляторов согласуются с результатами выполнения данной задачи людьми с суицидальными попытками и депрессивными пациентами [128, 133, 153]. Люди в суицидальном кризисе имеют специфические ограничения внимания, «туннельное мышление», которое ограничивает будущие альтернативы до одной возможной, а именно, завершения жизни и облегчения страданий через суицидальную попытку, либо, в нашем случае, употребление вещества.

3.1.4. Характеристика связей между предикторами аутоагрессии и проспективного мышления

При оценке предположений о связи параметров проспективного мышления с показателями аутоагрессии в выборке пациентов с зависимостью от психостимуляторов (N=112) использовался корреляционный анализ с помощью критерия Спирмена. Значимые корреляции, полученные в ходе анализа, кратко представлены в Таблице 11 и визуализированы на Рисунке 6.

Таблица 11 – Результаты корреляционного анализа связей между параметрами проспективного мышления и предикторами аутоагрессии

Общие параметры ПМ и аутоагрессивного ПМ	Предикторы аутоагрессии			
	КПСН	Общий балл BIS	Чувство брошенности	Восприятие себя как обузы
Всего событий будущего, N	r=-0,360**	r=-0,234*	r=0,123	r=-0,129
Всего событий будущего (-), N	r=-0,174	r=-0,199*	r=0,139	r=-0,129
Всего событий будущего (+), N	r=-0,375**	r=-0,151	r=0,026	r=-0,043
Неделя (+), N	r=-0,254*	r=-0,133	r=-0,035	r=-0,023
Год, (+), N	r=-0,294**	r=-0,187*	r=-0,122	r=-0,158
Год, (-), N	r=-0,100	r=-0,233*	r=0,130	r=-0,088
Год, N	r=-0,278**	r=-0,250**	r=0,178	r=-0,181
5 лет (+), N	r=-0,389**	r=-0,088	r=-0,035	r=-0,023
5 лет, (-), N	r=-0,253**	r=-0,069	r=0,155	r=-0,063
5 лет, N	r=-0,378**	r=-0,087	r=0,081	r=-0,026
ПП	r=-0,003	r=-0,145	r=0,113	r=-0,222*
НП	r=-0,048	r=-0,131	r=0,211*	r=-0,333**
Безнадежность (тест 1)	r=0,259	r=0,165	r=0,420**	r=0,510**
Отсутствие планирования, BIS	r=0,258*	r=0,328**	r=0,119	r=0,111

Примечания – * – значимость на уровне $p < 0,05$; ** – значимость на уровне $p < 0,01$; Неделя – краткосрочные события будущего по ФТТ, Год – среднесрочные события будущего, 5 Лет – долгосрочные события будущего; (-) – отрицательные события, (+) – положительные события; ПП- временная ориентация на позитивное прошлое, НП – на негативное прошлое; BIS – общий балл импульсивности по шкале Баррата.

Примечание – Неделя – краткосрочные события будущего по ФТТ, Год – среднесрочные события будущего, 5 Лет – долгосрочные события будущего; (-) – отрицательные события, (+) – положительные события; ПП – временная ориентация на позитивное прошлое, НП – на негативное прошлое; BIS – общий балл импульсивности по шкале Баррата. Пунктирной линией обозначены отрицательные связи, сплошной – положительные связи.

Как иллюстрируют Таблица 11 и Рисунок 6, основной параметр, с помощью которого оценивался уровень аутоагрессии у пациентов выборки – КПСН – как и предполагалось на этапе планирования исследования, оказался положительно связан с другими предикторами аутоагрессии [58, 156, 214, 216] – восприятием себя как обузы, импульсивностью и ее проспективно-ориентированным компонентом – отсутствием планирования при совершении действий. То есть, рост уровней этих параметров сопровождается ростом КПСН. Удивительно, но КПСН не имел значимых непосредственных корреляций с уровнем безнадежности по шкале Бека в данном исследовании. Вместе с тем, как видно из Рисунка 6, он может быть связан с безнадежностью опосредованно, через параметр восприятия себя как обузы. При этом параметр восприятия себя как обузы имел отрицательные корреляционные связи с выраженностью ретроспективных временных ориентаций

– на Позитивное и Негативное Прошлое. То есть, с ростом восприятия себя как обузы уменьшался фокус и на позитивно и на негативно-окрашенных воспоминаниях о прошлом опыте. Кроме того, с падением уровня Негативного Прошлого вырастал и балл по подшкале «Отсутствие планирования» в BIS.

С другой стороны, этот параметр импульсивности (отсутствие планирования) и КПСН образовывали многочисленные отрицательные связи с объемом будущих событий разной валентности и на разной временной дистанции. Можно предположить, что ограничение размышления о собственном будущем, недоступность позитивных планов, как и низкая рефлексия возможных в будущем негативных событий (например, собственной гибели в результате передозировки, тюремного заключения и т.д.) может быть связана с повышением аутоагрессивного потенциала (КПСН) участников как непосредственно, так и опосредованно – через увеличение уровня импульсивности в связи с возникающим из-за недоступности моделей будущего дефицитом планирования.

3.2. Оценка эффективности полуструктурированного интервью, активирующего проспективное мышление

Оценка эффективности полуструктурированного интервью, активирующего проспективное мышление, в лечении пациентов с синдромом зависимости от стимуляторов, проводилась в трех направлениях:

- (1) Оценка уровня безнадежности по шкале безнадежности Бека как параметра, связанного с суицидальной и несуйцидальной аутоагрессией;
- (2) Оценка параметров мотивации и готовности к лечению по шкале SOCRATES;
- (3) Оценка поведенческих показателей эффективности лечения:
 - Длительность ремиссии после выписки (число месяцев трезвости)
 - Исходы лечения (тюремное заключение, самовольная выписка, нарушение режима, получает долгосрочную терапию, продолжил реабилитацию, добровольно отправился в РЦ, закончил лечение без нарушений, но не получал

долгосрочную терапию/не проходил реабилитацию).

3.2.1. Изменение уровня безнадежности по шкале безнадежности Бека в результате лечения

На этапе первого тестирования в начале лечения в группах наблюдался сравнимый низкий уровень безнадежности по шкале Бека (Рисунок 3), при этом более 50% пациентов обеих групп сообщали о наличии выраженного чувства безнадежности/безысходности на определенных жизненных этапах. Поскольку безнадежность предполагает не негативную картину будущего, а, скорее, отсутствие позитивных образов «Я» и личных событий в будущем [154], то ИАПМ, предположительно, могла бы стимулировать снижение уровня безнадежности за счет актуализации имеющихся психических моделей либо формирования новых моделей будущего и образов будущего Я у пациентов с синдромом зависимости от психостимуляторов.

Результаты повторного тестирования групп по шкале безнадежности Бека представлены на Рисунке 7.

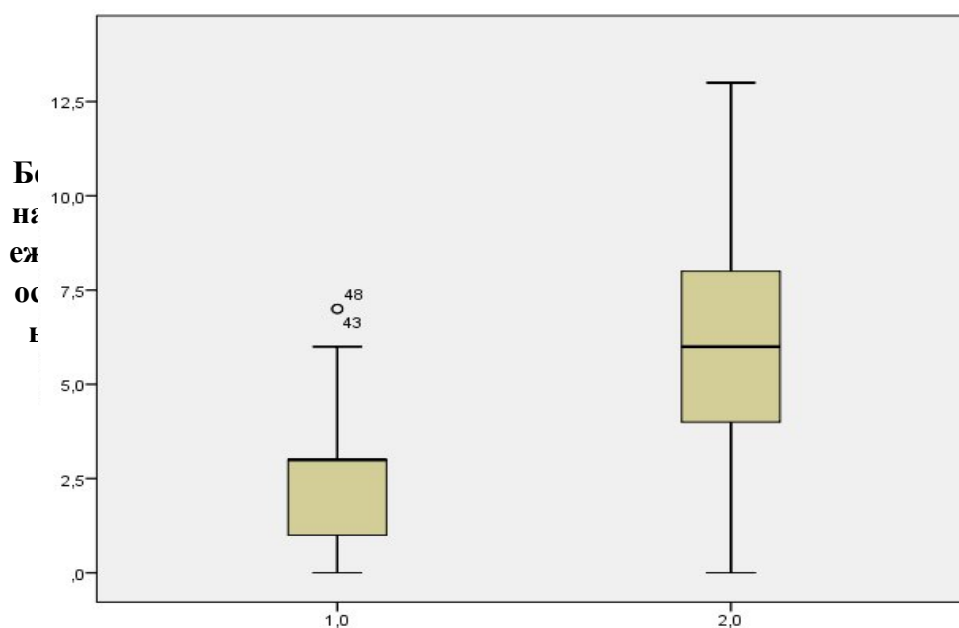


Рисунок 7 – Уровень безнадежности в группах по Шкале Бека при втором тестировании

Примечания – 1 – Основная группа; 2 – Контрольная группа.

Как иллюстрирует Рисунок 7, между группами наблюдались значимые различия по этому показателю при втором тестировании ($U=457$, $p<0,001$; $\eta^2=0,373$ (большой эффект)). Оценка динамического изменения уровня безнадежности с помощью критерия Вилкоксона показала, что в основной группе безнадежность значимо снизилась с низкого – 5 [3; 9,75] баллов – до крайне низкого уровня - 3,00 [1,00; 3,00] ($Z=-5.4$, $p<0,001$), а в контрольной, хотя снижение также было статистически значимым ($Z=-5.44$, $p<0,001$), оно было не столь выраженным: с 6 [4; 9,75] до 6,00 [4,00; 8,00] баллов - и осталось в рамках низкого уровня.

При оценке связей в общей выборке ($N=112$) установлен ряд интересных связей между уровнем безнадежности при первом и втором тестировании, параметрами временной перспективы, межличностных потребностей и мотивации. Данные связи изображены на Рисунке 8.

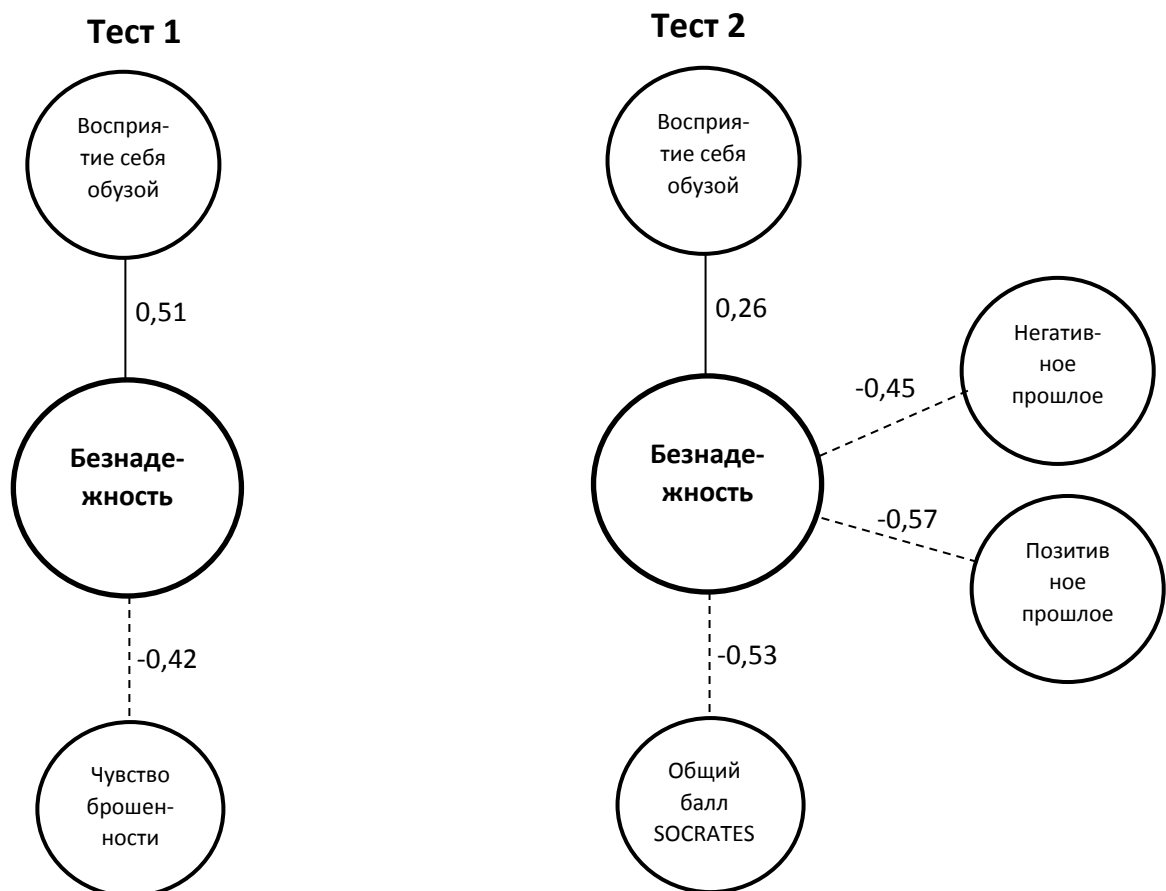


Рисунок 8 – Корреляционные связи между уровнем безнадежности при первом и повторном тестировании в общей выборке пациентов

Примечание – корреляционные связи значимы на уровне $p<0,05$.

Рисунок 8 показывает, что при первом тестировании уровень безнадежности был связан, в большей степени, с межличностными потребностями, причем разнонаправленно: при большем восприятии себя как обузы для родственников, близких нарастало и чувство безнадежности, причем оно уменьшалось при усилении чувства брошенности. При втором тестировании актуальность межличностных потребностей для поддержания уровня безнадежности уменьшалась, и обнаруживались связи с мотивацией и временной перспективой личности. Чем выше готовность лечиться, тем ниже уровень безнадежности, что может быть связано с формированием позитивных ожиданий от лечения, позволяющих преодолевать чувство безысходности. Неожидаемая отрицательная связь между безнадежностью и ориентацией на «Негативное прошлое», с учетом наличия сходной связи с фактором «Позитивное прошлое» может объясняться тем, что наличие негативных воспоминаний совсем не означает патологический процесс. Рефлексия негативного опыта, наоборот, способствует более взвешенному принятию решения в настоящем и более тщательному планированию будущего [44, 45, 191]. Отсутствие рефлексии негативного опыта, неспособность предвидеть негативные последствия собственных действий и игнорирование общеизвестных и личных исторических фактов, подтверждающих неадекватность того или иного поведения (например, передозировки приятелей, смерть родственников от цирроза, несчастных случаев из-за употребления, собственные интоксикации с реанимацией или тюремное заключение), как раз и свойственны зависимым от ПАВ [50]. Таки образом, активизация размышления о прошлом – и негативном и позитивном - может вполне быть связана с увеличением позитивных ожиданий в отношении будущего и снижением уровня безнадежности.

Интересно, что при анализе корреляционных связей между уровнем безнадежности при повторном тестировании в группах по отдельности мы не обнаружили значимых связей между показателями безнадежности и приведенными на Рисунке 8 параметрами в общей выборке. Вместе с тем, в основной группе, которая получала ИАПМ, обнаружены сходные корреляции, а также новые корреляции, связанные с параметрами перспективного мышления по Задаче FTT

(Рисунок 9).

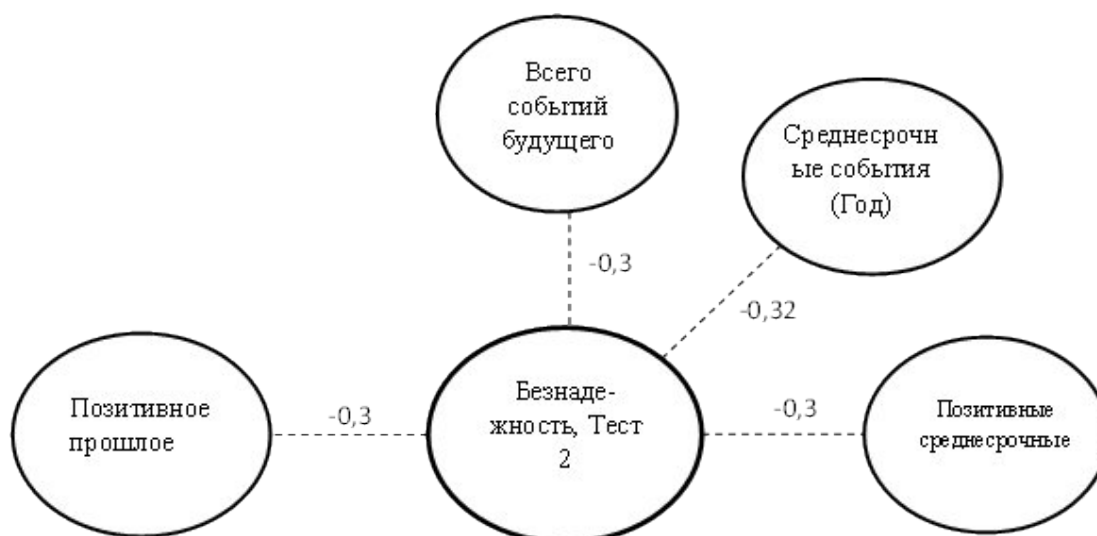


Рисунок 9 – Корреляционные связи между уровнем безнадежности при повторном тестировании в основной группе пациентов

Примечание – корреляционные связи значимы на уровне $p < 0,05$.

Проиллюстрированные Рисунок 9 данные предполагают, что увеличение объема прошлых позитивных и будущих событий в целом и в особенности среднесрочных – в пределах года – событий связано с уменьшением уровня безнадежности. В связи с отсутствием подобных связей для контрольной группы, можно с осторожностью утверждать, что активация проспективного мышления в основной группе с помощью ИАПМ могла привести к снижению безнадежности за счет активации имевшихся, но ранее недоступных, пациентам моделей среднесрочного будущего.

3.2.2. Оценка параметров мотивации и готовности к лечению по шкале SOCRA TES

При оценке уровня мотивации и готовности к изменению по шкале SOCRA TES на этапе повторного тестирования выявлены значимые различия между группами, представленные в Таблице 12, и на Рисунке 10.

Таблица 12 – Сравнение показателей по шкале SOCRATES при повторном тестировании у пациентов обеих групп

Показатели	Группы		U Манна-Уитни	p
	Основная Mdn [Q1-Q3]	Контрольная Mdn [Q1-Q3]		
Итоговый балл по шкале Socrates	67,00 [65,75; 68,00]	50,00 [48,00; 53,25]	0	< 0,001
Подшкала «Признание зависимости»	27 [25-29]	20 [17-23]	13	< 0,001
Подшкала «Амбивалентность»	15 [13-17]	11 [9-13]	149	< 0,001
Подшкала «Активные действия»	26 [23-29]	20 [16-24]	221	< 0,001
Примечание – Mdn – медиана, Q1 – квартиль 1, Q3 – квартиль 3, p – уровень значимости.				

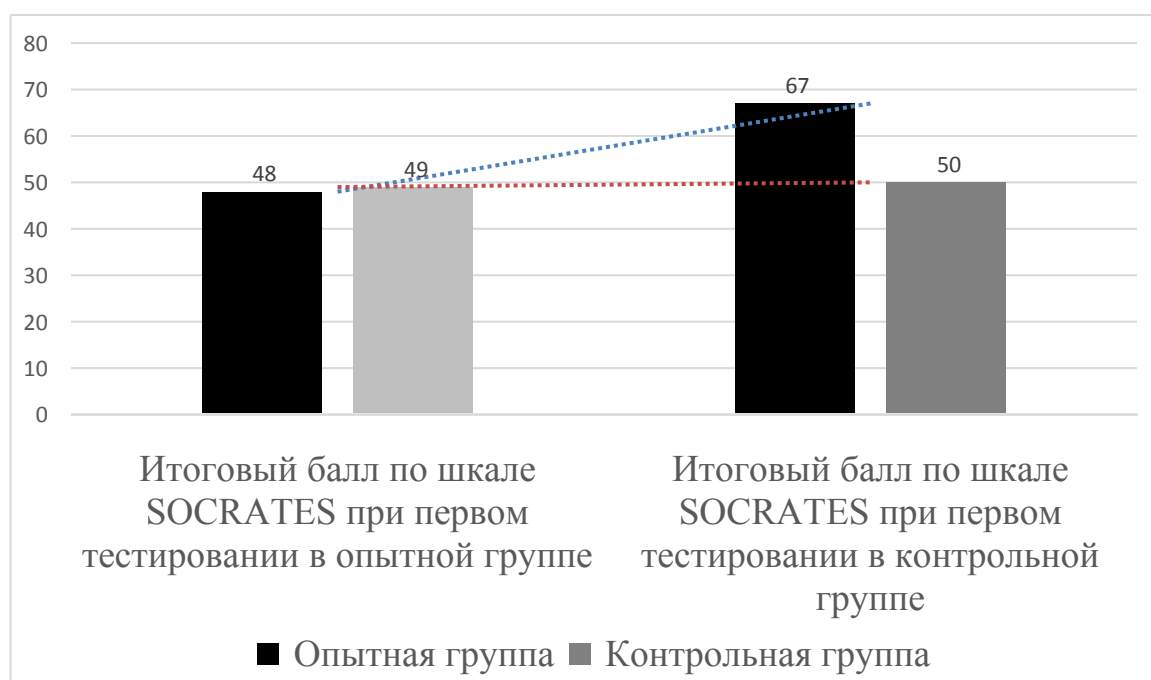


Рисунок 10 – Динамическое изменение общего уровня мотивации

Примечание – Тест 1 – измерение мотивации и готовности лечиться по шкале SOCRATES при поступлении; Тест 2 – измерение мотивации и готовности лечиться по шкале SOCRATES при выписке; ИАПМ – интервью, активирующее проспективное мышление; СНБ – стандартная наркологическая беседа.

Как иллюстрируют Таблица 12 и Рисунок 10, на этапе повторного тестирования группа ИАПМ улучшила показатели SOCRATES в динамике ($Z=-6,9$, $<0,001$) и значительно опередила контроль, у которого также наблюдалось небольшое увеличение мотивации ($Z=-4,2$, $<0,001$).

Это является показателем роста степени готовности к изменению у пациентов обеих групп, однако, этот рост имел клиническое значение лишь в основной группе, где наблюдалось высокое медианное значение итогового балла по шкале SOCRATES (Рисунок 10).

Распределение пациентов обеих групп в зависимости от категориальных уровней готовности к изменению представлено в Таблице 13.

Таблица 13 – Распределение пациентов обеих групп в зависимости от их готовности к изменению при повторном тестировании

Показатели	Категории	Группы		Критерий $\chi^2(df)$, p
		Основная	Контрольная	
Оценка уровня готовности к изменению, абс. (%)	Средний	56 (100%)	7 (0,0%)	$\chi^2(2)=87,111$; 0,000
	Ниже среднего	0 (0%)	42 (82,1%)	
	Низкий	0 (0%)	7(17,9%)	

Таким образом, согласно Таблице 13, все пациенты основной группы вышли на средний уровень готовности к изменениям, в отличие от пациентов контроля, оставшихся преимущественно на уровне ниже среднего.

Анализ отдельных компонентов готовности к изменениям (Рисунок 11) показал, что на этапе второго тестирования группы значительно различались по всем трем компонентам (критерий Крускал-Уоллиса, все $p<0,001$).

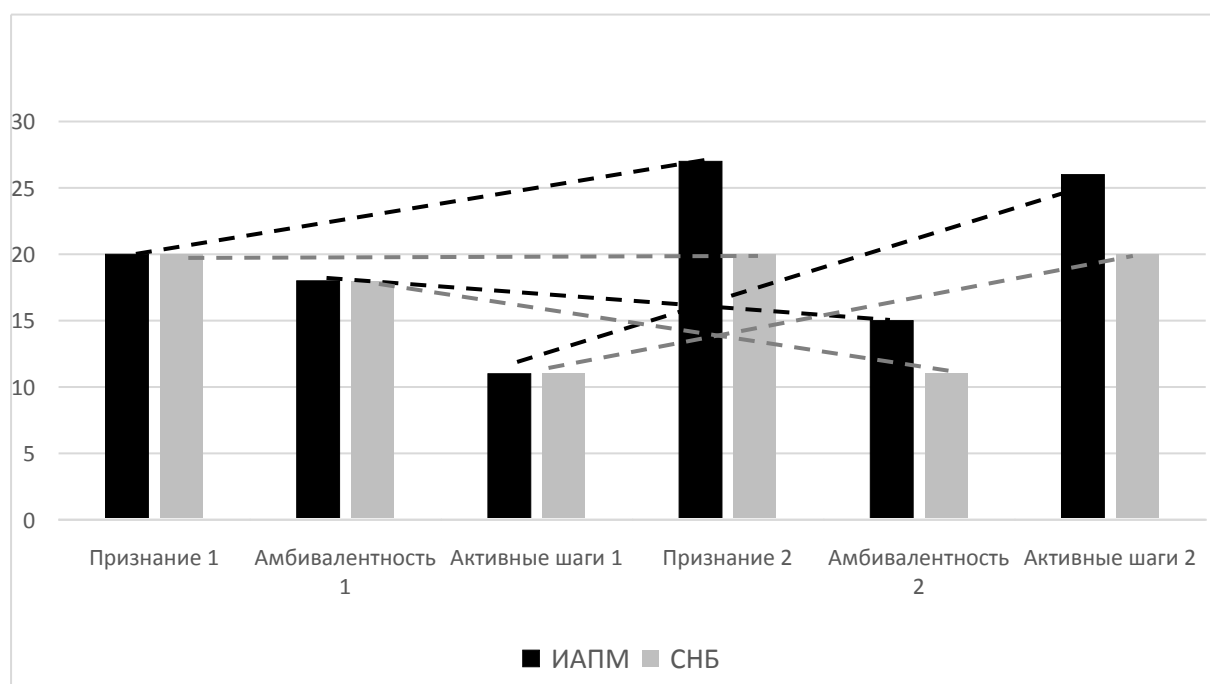


Рисунок 11 – Динамическое изменение компонентов мотивации в группах
 Примечание – ИАПМ – интервью, активирующее перспективное мышление; СНБ – стандартная наркологическая беседа.

Как показывает Рисунок 11, все компоненты готовности к изменениям в основной группе значительно изменились, и в группе наблюдалось увеличение Признания ($Z = -6,1$; $p = 0,000$) и Активных действий ($Z = -6,5$; $p = 0,000$) и снижение Амбивалентности ($Z = -4,8$; $p = 0,000$), что можно интерпретировать как клинически значимое улучшение. Напротив, хотя в группе СНБ наблюдалось снижение Амбивалентности ($Z = -6,5$; $p = 0,000$) и увеличение Активных действий ($Z = -6,5$; $p = 0,000$), с учетом того, что Признание заболевания ($Z = -1,3$; $p = 0,2$) осталось неизменным, эти результаты могут свидетельствовать о том, что пациенты контрольной группы стали более определенными и уверенными в своем решении прекратить лечение и предпринимали для этого активные действия.

Анализ корреляционных связей общего балла по шкале SOCRATES при повторном тестировании с исследуемыми параметрами временной перспективы и аутоагрессии (в т.ч. аутоагрессивного перспективного мышления – безнадежности) представлен на Рисунке 12.

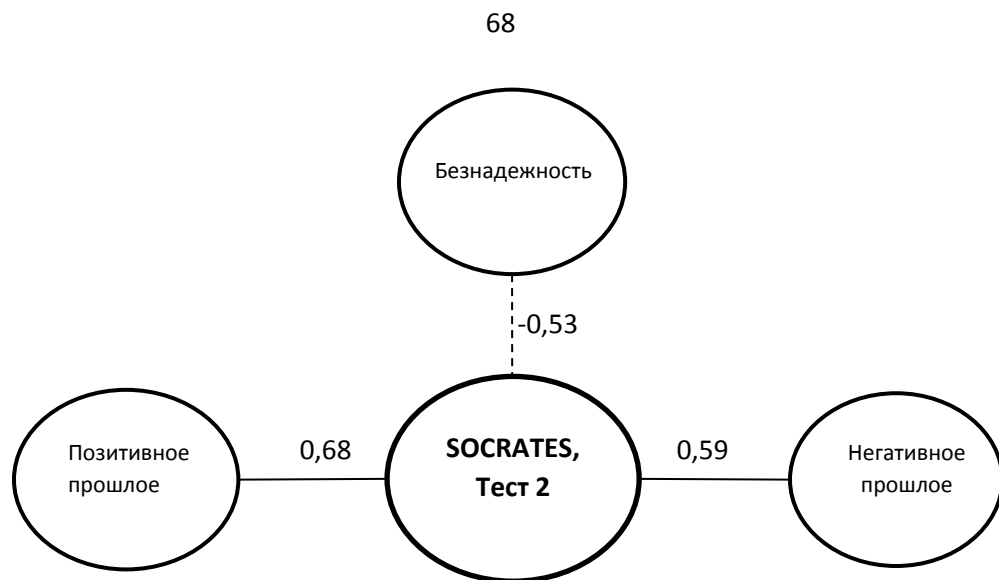


Рисунок 12 – Корреляционные связи между баллом SOCRALES в выборке (N=112) и показателями безнадежности и временной перспективы

Согласно Рисунку 12, рост ориентации на прошлое, вне зависимости от его валентности, был связан с улучшением исследуемых показателей – в данном случае, мотивации. Интересными оказались и связи в отдельных группах, представленные на Рисунке 13.

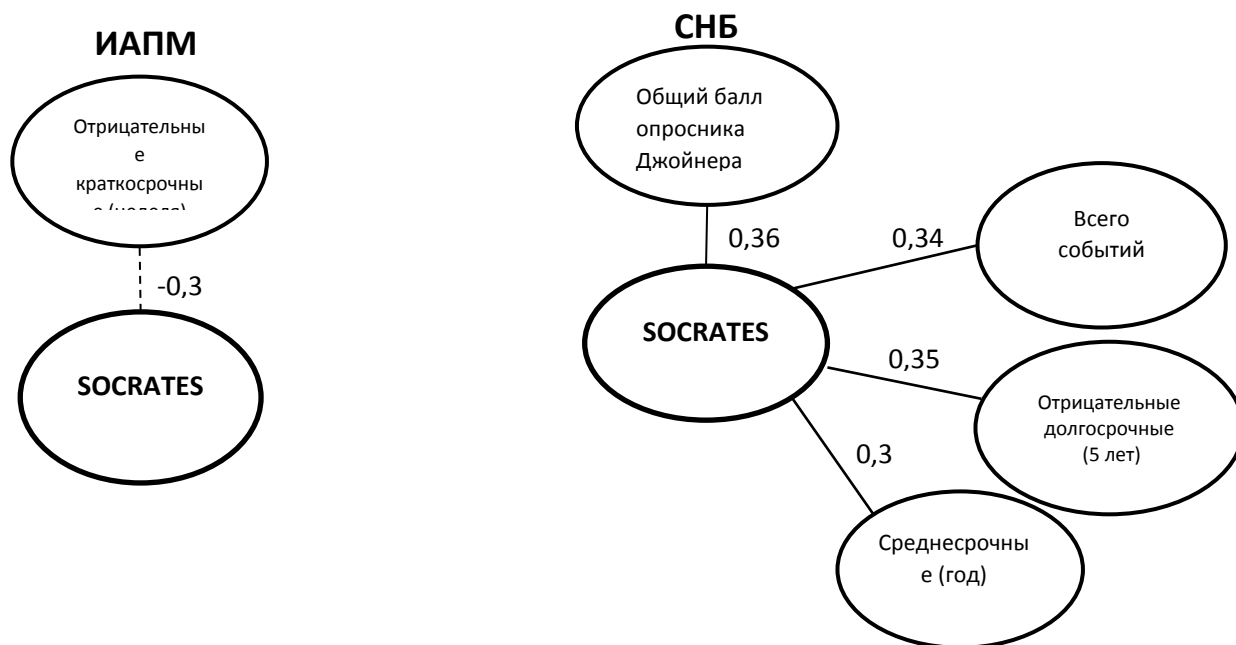


Рисунок 13 – Корреляционные связи между общим баллом SOCRALES в исследуемых группах и другими показателями

Примечание – ИАПМ – интервью, активирующее перспективное мышление; СНБ – стандартная наркологическая беседа.

В соответствии с Рисунком 13, единственным параметром, полученным при

первым тестировании и связанным с баллами SOCRATES при втором, в группе ИАПМ оказался объем отрицательных краткосрочных (за ближайшую) неделю событий, причем с увеличением объема негативных событий в краткосрочном периоде уменьшался уровень мотивации после лечения. Большое число негативных краткосрочных событий, как правило, связывают с расстройствами тревожного спектра (высокой тревогой) [133], поэтому можно очень осторожно предположить, что пациенты основной группы с изначально повышенным уровнем тревоги могли формировать более низкую мотивацию к лечению [88, 200]. Однако это предположение нуждается в должной эмпирической проверке.

Вместе с тем, в группе контроля общий объем событий будущего в начале лечения, а также объем более отдаленных событий разной валентности (Рисунок 12) был связан с ростом мотивации. То есть, те участники, которые не получали дополнительной стимуляции перспективного мышления, но при этом уже имели определенный объем событий будущего могли демонстрировать лучший прогресс в отношении роста мотивации и готовности к лечению.

3.2.3. Оценка длительности ремиссии и исходов лечения после применения ИАПМ

При анализе данных, полученных на этапе наблюдения после выписки, при сравнении длительности ремиссии в месяцах в группах были выявлены статистически значимые различия: 3,3 месяца $[0,5 \div 5,4]$ в основной группе *по сравнению с* 0,5 $[0,4 \div 1]$ месяцами в контрольной, $U = 766$; $p = 0,02$, $\eta^2 = 0,194$ (большой эффект) (Рисунок 14).

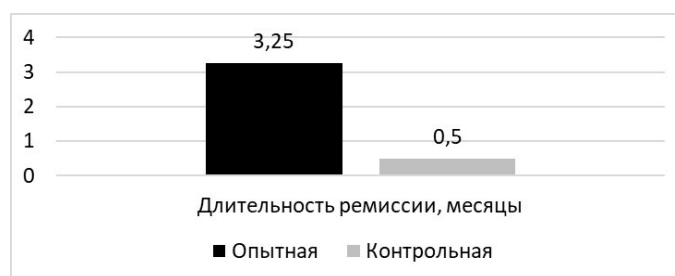


Рисунок 14 – Сравнение длительности ремиссии исследуемых групп

Для контроля и подтверждения ремиссии проводилось изучение

медицинской документации, составленной по факту обращения пациента к врачу-психиатру-наркологу амбулаторного отделения наркодиспансера, и результатам ХТИ мочи на содержание психоактивных веществ, проведенного при этом обращении. Также информацию о ремиссии предоставляли сами пациенты и их родственники. Стоит отметить, что 41 пациент (36,6%) на этапе контроля ремиссии не предоставлял информации о себе и не выходил на связь. О таких пациентах информация получалась исключительно по медицинской документации.

При анализе исходов лечения (Таблица 14) также обнаружены значимые различия.

Таблица 14 – Сравнение исходов лечения исследуемых групп

№	Исходы лечения	Группы Абс. число (%)		Тест, р	ОШ	95 ДИ	р
		Основная	Контроль				
1.	Добровольно отправился в РЦ	6 (10,7%)	1 (1,8%)	3,77; 0,05	6,6	0,77 – 56,74	0,09
2.	Закончил лечение, не получал долгосрочную терапию/реабилитацию	9 (16,1%)	6 (10,7%)	$\chi^2(1)=0,7$; 0,4	1,6	0,53 – 4,8	0,40
3.	Нарушение режима	5 (8,9%)	12 (21,4%)	Тест Фишера, 0,11	0,36	0,12 – 1,1	0,07
4.	Получает долгосрочную терапию	17 (30,4%)	5 (8,9%)	$\chi^2(1)= 8,07$; 0,005	0,22	1,5 – 13,1030	0,01
5.	Продолжили реабилитацию	12 (21,4%)	1 (1,8%)	Тест Фишера, 0,001	15	1,87 – 119,85	
6.	Самовольная выписка	7 (12,5%)	28 (50,0%)	$\chi^2(1)= 18,16$; 0,0001	0,14	0,06 – 0,37	0,001
7.	Тюремное заключение	0 (0,0%)	3 (5,4%)	Тест Фишера, 0,12	0,18	0,007 – 2,68	0,19
Примечание – ОШ – отношение шансов, жирным выделены статистически значимые различия и коэффициенты отношения шансов.							

Как показывает Таблица 14, статистические различия по группам обнаружены преимущественно для показателей, связанных с комплаенсом (приверженностью) лечению. Так, шансы того, что пациенты основной группы досрочно покидали лечение («самовольная выписка») были в 7 раз ниже, по сравнению с контролем ($p=0,0001$), а шансы того, что они продолжают лечение в

реабилитации - в 4,45 раз выше ($p=0,001$). Пациенты основной группы значительно чаще после лечения добровольно уезжали в частные реабилитационные центры ($p=0,05$) и получали долгосрочную терапию ($p=0,005$), хотя данный результат не был значим клинически (отношение шансов – на уровне тенденции).

В целом, соотношение позитивных исходов лечения к негативным в исследуемых группах отражено на Рисунке 15.



Рисунок 15 – Позитивные и негативные исходы лечения в основной и контрольной группах пациентов

Примечание – негативный исход – тюремное заключение, самовольная выписка, нарушение режима; позитивный исход – получает долгосрочную терапию, продолжил реабилитацию, добровольно отправился в РЦ.

Таким образом, как иллюстрирует Рисунок 15, пациенты основной группы имели шансы сформировать позитивный исход лечения в 12,1 раз чаще (ОШ=12,12; 95% ДИ 4,9 – 29,5, $p<0,0001$) по сравнению с пациентами контрольной группы.

Полученные результаты оценки длительности ремиссии и исходов лечения позволяют констатировать большую эффективность лечения в группе, получавшей ИАПМ, по сравнению с группой, проходившей стандартную наркологическую беседу.

3.2.4. Оценка факторов, влиявших на длительность ремиссии в выборке пациентов с синдромом зависимости от психостимуляторов

Для проверки гипотезы о влиянии параметров проспективного мышления на результаты лечения (длительность ремиссии) наркологических больных проводился множественный линейный регрессионный анализ. Предполагалось, что параметры, связанные с тем, как люди предвосхищают свое будущее, до и после лечения будут важнее для формирования ремиссии, нежели прямые маркеры аутоагрессии. Оценка факторов, влиявших на длительность ремиссии в общей выборке пациентов с синдромом зависимости от психостимуляторов (N=112) проводилась в нескольких направлениях:

- 1) оценка влияния параметров аутоагрессии (КПСН, параметры опросника Джойнера), мотивации, и проспективного мышления *до* лечения;
- 2) оценка влияния параметров аутоагрессии *до* лечения (КПСН, параметры опросника Джойнера) в комбинации с показателями проспективного мышления (уровень безнадежности) и мотивации (общий балл SOCRATES) *по результатам* лечения.

Отдельно оценивались факторы, которые могли бы повлиять на достижение длительной ремиссии в основной группе пациентов, получавших ИАПМ.

В модели включались переменные, имевшие корреляционные связи с длительностью ремиссии, но не имевшие сильных корреляционных связей между собой.

Оценка влияния параметров аутоагрессии (КПСН, параметры опросника Джойнера), мотивации, и проспективного мышления *до* лечения

В качестве зависимой переменной в Модели 1 выступала длительность ремиссии после выписки в месяцах.

В качестве независимых переменных в модель были включены:

- Уровень КПСН,

- Общий балл импульсивности по BIS,
- Восприятие себя как обузы,
- Уровень безнадежности по шкале Бека при первом тестировании,
- Уровень Амбивалентности по шкале SOCRATES,
- Общее число позитивных событий будущего по Задаче на беглость ПМ (Всего+),
- Временная ориентация «Позитивное прошлое»

Результаты регрессии представлены в Таблице 15 и на Рисунке 16.

Таблица 15 – Регрессионный анализ для переменной «Длительность ремиссии». Модель 1

N=112	Длительность ремиссии (месяцы)					
	<i>B</i>	SE	β	SE (β)	t(108)	<i>p</i>
Свободный член			-4,2	0,86	-4,9	0,000003
Безнадежность, тест 1	-0,18	0,07	-0,09	0,03	-2,5	0,01
Всего+	0,45	0,07	0,5	0,08	6,4	0,000001
Позитивное прошлое	0,41	0,07	1,62	0,28	5,9	0,000001
Оценка модели						
R= 0,69; R ² = 0,47; Adjusted R ² = 0,46 F(3,1)=32,5; p<0,00001; SEE: 1,5 f ² =0,88						
Примечание – В – нестандартизированный коэффициент регрессии; SE – стандартная ошибка, SEE- стандартная ошибка оценки; β – стандартизированный коэффициент регрессии; t – тест Стьюдента; p – уровень значимости; R ² – коэффициент детерминации; Adjusted R ² – коэффициент детерминации с коррекцией; F- критерий Фишера; f ² – размер эффекта Козна.						

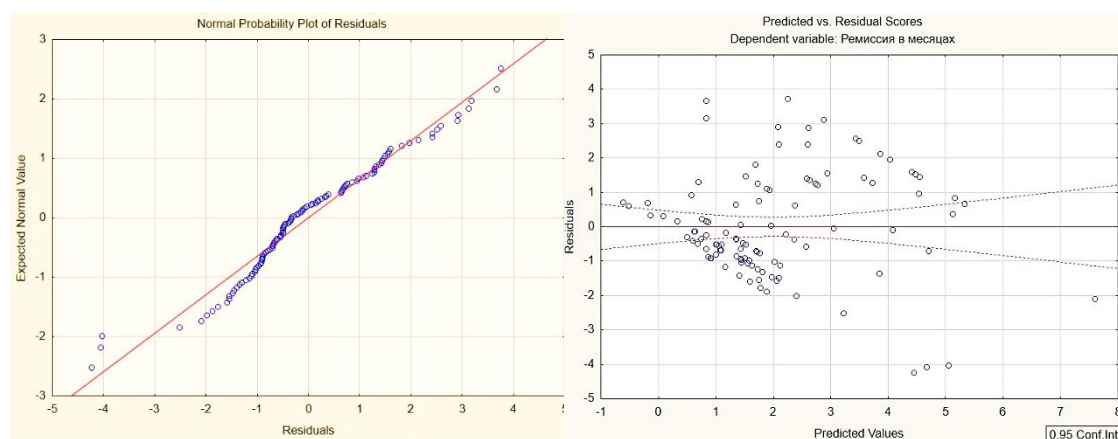


Рисунок 16 – Графики распределения остатков Модели 1

Как показывает Таблица 15, на длительность ремиссии влияли не мотивационные показатели или предикторы аутоагрессии, а уровень безнадежности – аутоагрессивного параметра, связанного с ограничениями адаптивного ПМ, объем позитивного ПМ, а также ориентация на «Позитивное Прошлое». Влияние данных факторов описывало 47% дисперсии и имело большой размер эффекта ($f^2 > 0,8$). Нарастание безнадежности сокращало длительность ремиссии, в то время как большая доступность позитивных моделей будущего и ориентация на позитивные воспоминания о прошлом увеличивали ее.

Клинический пример 1

Пациентка Александра (21, холоста, образование специальное среднее). В течение всей жизни отмечала эмоциональную неустойчивость – тяжело переживала расставания, отверженность, межличностные конфликты, часто раздражалась «по разным поводам». В подростковом возрасте прочитала в сообществе людей с расстройствами пищевого поведения про самоповреждения, стала прибегать к ним в ситуациях, *«когда истекаешь эмоциями насмерть»*. Начала употреблять психостимуляторы в компании друзей. Отмечает, что самой хотелось попробовать, но боялась попросить и ждала, пока ей предложат. Несмотря на кратковременный эйфорический эффект психостимуляторов, стала отмечать суицидальные мысли: *«Очень тяжело было все эти мысли думать, когда не в употребе. Я не хотела умирать, поэтому я или резалась или искала, где можно достать еще. Оказалась в замкнутом кругу, не было видно отсюда выхода»*. Уточняет, что иногда получалось справляться самой – вспоминала, как в детстве *«до всего этого»* занималась танцами и занимала второе место на региональных соревнованиях [то есть, прибегала к ресурсу Позитивного Прошлого]. *«Тогда было так хорошо, я так этому радовалась, так тепло это все вспоминать»*. При этом отмечает, что этот метод срабатывал не всегда, *«когда совсем накрывает, сложно вспомнить что-то хорошее»*.

Модель 2. В качестве независимых переменных в модель были включены:

- Уровень КПСН,
- Общий балл импульсивности по BIS,
- Восприятие себя как обузы,
- Уровень безнадежности по шкале Бэка при повторном тестировании

Таблица 16 – Регрессионный анализ для переменной «Длительность ремиссии». Модель 2

N=112	Длительность ремиссии (месяцы)					
	<i>B</i>	SE	β	SE (β)	t(108)	<i>p</i>
Свободный член			8,32	1,22	6,76	0,00000
КПСН	-0,18	0,07	-0,16	0,07	-2,34	0,02
Импульсивность BIS	-0,26	0,07	-0,06	0,01	-3,40	0,0009
Безнадежность, тест 2	-0,45	0,07	-0,31	0,05	-5,94	0,00000
Оценка модели						
R= 0,62; R ² = 0,38; Adjusted R ² = 0,369						
F(3,108)=22,712; p<0,00000; SEE: 1,63						
f ² =0,58						
Примечание – В – нестандартизированный коэффициент регрессии; SE – стандартная ошибка, SEE- стандартная ошибка оценки; β – стандартизированный коэффициент регрессии; t – тест Стьюдента; p – уровень значимости; R ² – коэффициент детерминации; Adjusted R ² – коэффициент детерминации с коррекцией; F- критерий Фишера; f ² – размер эффекта Коэна.						

Модель 3. В качестве независимых переменных в модель были включены:

- Уровень КПСН,
- Общий балл импульсивности по BIS,
- Восприятие себя как обузы,
- Уровень мотивации по шкале SOCRATES при повторном тестировании

Результаты регрессии представлены в Таблице 17 и на Рисунке 18.

N=112	Длительность ремиссии (месяцы)					
	<i>B</i>	SE	β	SE (β)	t(108)	<i>p</i>
Свободный член			-1,36	1,46	-0,92	0,35
КПСН	-0,3	0,06	-0,28	0,06	-4,64	0,000009
Импульсивность BIS	-0,25	0,067	-0,06	0,01	-3,85	0,0002
SOCRATES, тест 2	0,61	0,06	0,14	0,01	9,312	0,00000
Оценка модели						
R= 0,74; R ² = 0,54; Adjusted R ² = 0,53 F(3,108)=45,736; p<0,00000; SEE: 1,4 f ² =1,12						
Примечание – В – нестандартизированный коэффициент регрессии; SE – стандартная ошибка, SEE- стандартная ошибка оценки; β – стандартизированный коэффициент регрессии; t – тест Стьюдента; p – уровень значимости; R ² – коэффициент детерминации; Adjusted R ² – коэффициент детерминации с коррекцией; F- критерий Фишера; f ² – размер эффекта Коэна.						

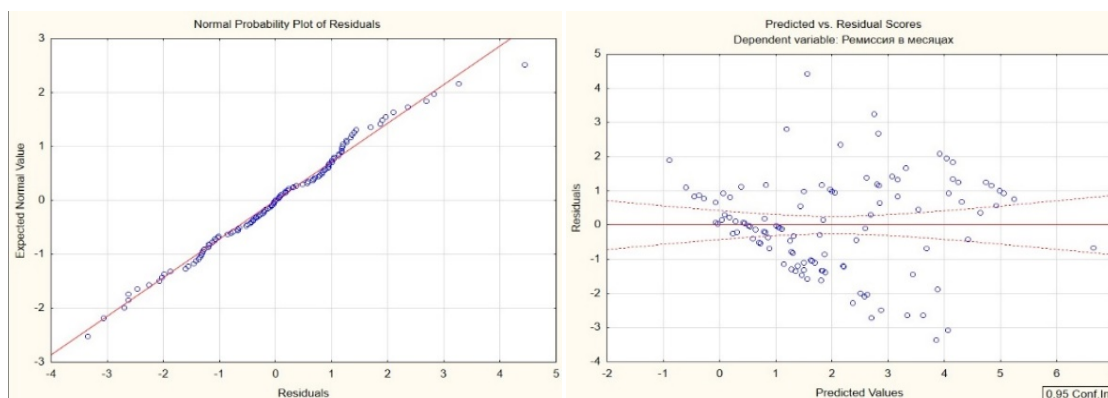


Рисунок 18 – Графики распределения остатков Модели 3

Уровень импульсивности, измеренный на начальном этапе лечения, сокращал длительность ремиссии в общей выборке пациентов, при наличии более высоких баллов КПСН и уровня безнадежности при втором тестировании (выписке) (Модели 2-3, Таблица 16-17, Рисунок 17-18). Влияние факторов Модели 2 и Модели 3 описывало 38% и 54% дисперсии, соответственно. Нарастание импульсивности и просуицидальной напряженности уменьшали длительность ремиссии, а более высокие показатели мотивации и готовности к изменениям при выписке наоборот увеличивали.

Регрессионный анализ факторов длительной ремиссии в основной группе пациентов

Модель 4. В качестве независимых переменных в модель были включены:

- Уровень КПСН,
- Отсутствие планирования по BIS,
- Общее число событий будущего по FTT (Всего событий),
- Уровень безнадежности при повторном тестировании,

Результаты регрессии представлены в Таблице 18 и на Рисунке 19.

Таблица 18 – Регрессионный анализ для переменной «Длительность ремиссии». Модель 4

N=56	Длительность ремиссии (месяцы)					
	<i>B</i>	SE	β	SE (β)	t(108)	<i>p</i>
Свободный член			5,4	2,007	2,68	0,01
Отсутствие планирования	-0,24	0,098	-0,16	0,07	-2,48	0,016
Всего событий, FTT	0,47	0,098	0,3	0,07	4,8	0,00001
Безнадежность, тест 2	-0,32	0,09	-0,4	0,12	-3,5	0,001
Оценка модели						
R= 0,77; R ² = 0,59; Adjusted R ² = 0,56 F(3,52)=24,8; p<0,00001; SEE: 1,5 f ² =1,43 (большой)						
Примечание – В – нестандартизированный коэффициент регрессии; SE – стандартная ошибка, SEE- стандартная ошибка оценки; β – стандартизированный коэффициент регрессии; t – тест Стьюдента; p – уровень значимости; R ² – коэффициент детерминации; Adjusted R ² – коэффициент детерминации с коррекцией; F- критерий Фишера; f ² – размер эффекта Козна.						

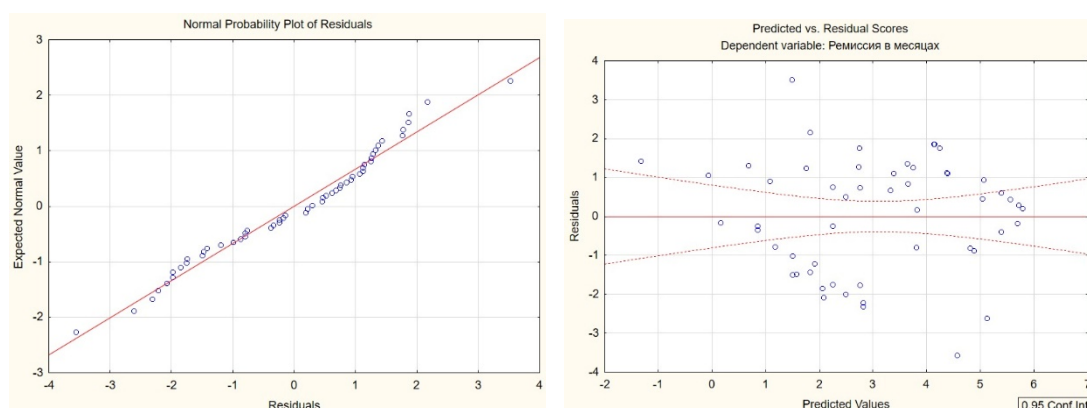


Рисунок 19 – Графики распределения остатков Модели 4

Перспективно-ориентированный компонент импульсивности, отражающий специфический дефицит ПМ, а именно импульсивность, связанная с отсутствием планирования (фактически, недостаток психических моделей и сценариев будущих действий, ориентированных на достижение определенных целей в определенный срок), в основной группе также оказался значимым негативным фактором длительности ремиссии (Модель 4, Таблица 18, Рисунок 19). Описанные признаки объясняли 59% дисперсии. Ощущение безнадежности после окончания лечения в совокупности со сниженной способностью к планированию отрицательно влияли на длительность ремиссии, в то время как объем перспективного мышления влиял на дальнейшую ремиссию положительно.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Целью проведенного диссертационного исследования стала разработка варианта психотерапевтического вмешательства, учитывающего особенности перспективного мышления у пациентов, употребляющих психостимуляторы, и направленного на повышение приверженности к долгосрочной терапии и коррекцию когнитивных проявлений аутоагрессивного поведения. Для этого на основании тщательного анализа современной литературы была разработана психотерапевтическая интервенция, активирующая перспективное мышление пациентов с зависимостью от психостимуляторов. Анализ источников позволил выдвинуть гипотезу о том, что стимулирование перспективного мышления – как негативного, так и позитивного – может не только снижать уровень аутоагрессии, например, за счет коррекции одного из ее основных предикторов – безнадежности, но и увеличивать сроки трезвости пациентов после окончания лечения за счет одновременной стимуляции мотивации к лечению и готовности к изменению у наркологических больных. Разработанная нами интервенция основывалась на шкале IFES, предложенной группой специалистов для изучения интрузивных образов будущего у людей с психическими расстройствами и суицидальным риском. Данная шкала была переработана в полуструктурированное интервью и использовалась в работе с пациентами с зависимостью от психостимуляторов на начальном этапе в стационар после снятия острой симптоматики. Пациенты распределялись в основную и контрольную группу случайным образом, и пациенты контроля получали стандартную наркологическую беседу в равном по времени и вниманию со стороны лечащего врача объеме.

На этапе начала лечения мы изучили **характеристики аутоагрессии, мотивации и перспективного мышления у пациентов с синдромом зависимости от психостимуляторов и проанализировали связи между ними** для уточнения мишеней терапии и оценки первичных (не зависящих от интервенции) факторов, которые могли влиять на исход лечения в общей выборке пациентов и в основной группе, в частности.

Исследование характеристик аутоагрессивного поведения у пациентов с синдромом зависимости от психостимуляторов позволило выявить ряд ключевых особенностей. Средняя величина коэффициента просуицидальной напряженности у исследуемых групп оказалась сравнительно выше относительно зависимых от алкоголя и мужчин без зависимости [40], хотя утверждение о большем суицидогенном потенциале зависимых от стимуляторов нуждается в дополнительной эмпирической проверке. Вместе с тем, в ходе анализа у пациентов была обнаружена высокая распространенность ряда предикторов суицидального поведения. Пациенты обеих групп одинаково часто испытывали длительное чувство вины, навязчивое чувство стыда и острое чувство одиночества, что значительно увеличивает риск аутоагрессивных действий, согласно литературным данным [127, 132]

Была выявлена высокая распространенность суицидальных мыслей среди пациентов, что свидетельствует о значительном аутоагрессивном потенциале. Например, 48% пациентов признавались в наличии суицидальных мыслей, а 52,7% сталкивались с острыми моментами безысходности. При этом средние показатели безнадежности, измеренные шкалой Бека, не различались в группах и были неожиданно низкими. Отметим, что дальнейший анализ, о котором будет подробно рассказано ниже, показал, что даже такой низкий уровень имеет важное клиническое значение [113], так как безнадежность оказалась значимо связана с такими суицидальными предикторами как чувство брошенности и восприятие себя как обузы, и вносила значимый негативный вклад в длительность ремиссии после лечения ($\beta=-0,18$, $p=0,01$) (Модель 1, Таблица 14, Рисунок 16).

Уровень импульсивности в группах также был сравним ($p=0,29$) и не достигал патологических уровней. Вместе с тем, в основной группе наблюдалось небольшое, но значимое превышение отдельных параметров импульсивности по сравнению с контрольной. Позднее при оценке влияния общего уровня импульсивности на длительность ремиссии в составе различных моделей, было обнаружено, что даже такие, в целом, нормативные уровни импульсивности оказываются клинически значимыми для прогнозирования течения ремиссии,

поскольку во всех построенных моделях уровень импульсивности, измеренный на начальном этапе лечения, сокращал длительность ремиссии в общей выборке пациентов ($\beta=-0,25$, $p<0,001$), при наличии более высоких баллов КПСН и уровня безнадежности при втором тестировании (выписке) (Модели 2-3, Таблица 15-16, Рисунок 17-18). Проспективно-ориентированный компонент импульсивности, отражающий специфический дефицит ПМ, а именно импульсивность, связанная с отсутствием планирования (фактически, недостаток психических моделей и сценариев будущих действий, ориентированных на достижение определенных целей в определенный срок), в основной группе также оказался значимым негативным фактором длительности ремиссии ($\beta=-0,24$, $p=0,01$) (Модель 4, Таблица 17, Рисунок 19). Высокий уровень импульсивности у данных пациентов затрудняет контроль над их действиями, что может привести к внезапным и необдуманным аутоагрессивным поступкам, а также срывам ремиссии. Полученные данные соотносятся с имеющимися результатами исследований о связи высокого уровня импульсивности с более тяжелым течением заболеваний зависимости [124, 179, 219], нарушением приверженности медикаментозному лечению и психотерапии [122, 213]. Импульсивность из-за отсутствия планирования, связана с обесцениванием долговременных последствий своих действий, характерным для зависимых из-за нарушений ПМ [104, 178], и должна учитываться при планировании лечебно-реабилитационного процесса

Таким образом, полученные нами данные об аутоагрессивных характеристиках пациентов с зависимостью от психостимуляторов позволили нам установить имеющиеся у них особенности когнитивной сферы, которые могут обуславливать суицидальные и несуйцидальные формы аутоагрессии, а также срывы ремиссии. Изучение аутоагрессии у пациентов с синдромом зависимости от психостимуляторов выявило потребность в специфических терапевтических вмешательствах, направленных на коррекцию этих особенностей и улучшение общего состояния пациентов.

Дальнейшим шагом исследования стал **анализ собственно особенностей проспективного мышления у пациентов с синдромом зависимости от**

психостимуляторов и их связи с параметрами аутоагрессивного поведения.

У пациентов с зависимостью от психостимуляторов обнаружен ряд нарушений перспективного мышления.

Во-первых, при исследовании временной перспективы с помощью опросника Ф. Зимбардо, обнаружено значительное по сравнению с нормой ограничение ориентации на «Будущее» в сочетании с низкими баллами «Позитивного прошлого» и высокими – «Фаталистического» и «Гедонистического» настоящего. С учетом данных об экстремально низких объемах средне- и долгосрочного (год и 5-10 лет) ПМ, измеренного с помощью Задачи на беглость ПМ, можно утверждать, что пациенты с зависимостью от психостимуляторов демонстрируют аномально короткую временную перспективу будущего. Этот дефицит ПМ ограничивает их способность планировать и прогнозировать будущее не только на длительные, но и на весьма близкие (в пределах нескольких месяцев и года) периоды. Сокращение временной перспективы в клинике зависимости неоднократно связывали с акцентом на немедленное вознаграждение и игнорированием отложенных негативных или позитивных последствий текущего поведения, что обозначается терминами «аддиктивная миопия в отношении будущего» [53, 196]. Действительно, пациенты с зависимостью от психостимуляторов в начале лечения, отвечая на вопросы, хоть сколько-то связанные с отдаленным будущим, испытывали серьезные трудности с ответом и стремились либо дать формальный ответ (*«не знаю», «что угодно» и т.д.*), либо рассуждали о роли Бога или рока в достижении определенной судьбы, снимая с себя ответственность за долгосрочные решения (*«Как Бог решит, так и будет», «Черт его знает!» «Да что наше правительство учинит, кто ж знает. Живешь как на пороховой бочке»*). Эти находки отражаются в аномально высокой ориентации на «Фаталистическое настоящее» в обеих группах, которая в том числе характеризует неспособность пациентов противостоять импульсивному поведению и употреблению психостимуляторов из-за пассивного отказа от возможности повлиять на свое будущее. Для иллюстрации приведем расшифровку записи диалога с пациентом в рамках интервью, активирующего перспективное

мышление.

Клинический пример 2

Пациент, мужчина, (27, холост, образование среднее специальное).

Врач (В): Пробовали ранее самостоятельно прекратить употребление?

Пациент (П): Да, пробовал несколько раз. Но каждый раз все заканчивалось тем, что я снова начинал. Просто когда я перестаю, все становится серым и скучным, и я не могу удержаться, хочу вернуться в это состояние, чтоб почувствовать себя живым.

В: Это единственный способ почувствовать себя живым? А как до наркотиков Вы делали свой мир не серым и скучным?

П: До наркотиков много чего делал. Музыку слушал, с друзьями гулял... Но теперь это не приносит такого удовольствия. Всё это кажется блеклым по сравнению с тем, что я почувствовал под стимуляторами. Теперь кажется, что это единственный способ оживить свой мир.

В: Почему все остальное перестало приносить удовольствие?

П: Не знаю я. Просто все, что раньше приносило радость, теперь кажется каким-то тусклым и незначительным. Кроме того, мне стало трудно сосредоточиться на простых вещах, как будто я потерял интерес ко всему, что не связано с наркотиками. Иногда в голове туман, а в нем только «соль, соль, соль, соль»...

В: Говорите так, как будто этого теперь нельзя изменить.

П: Может, и можно изменить, но мне кажется, что это будет невероятно трудно. Всё вокруг настолько привычно и понятно, что даже мысль о переменах вызывает страх. А если честно, я не уверен, что у меня хватит сил и мотивации что-то менять. Просто легче продолжать в том же духе, а там будь, что будет.

В: Да, а что там будет-то?

П: Не знаю, может, и нет никакого «дальше будет». Я вообще никогда не думал, что доживу до своего возраста. Так что загадывать не буду.

Отметим, что сочетание высокого «Фаталистического настоящего» и

«Негативного прошлого», низкой ориентации на «Будущее» и «Позитивное прошлое», характерно для суицидентов [203, 218]. Фактически, такое сочетание характеризует отсутствие позитивных и мотивирующих образов будущего, ощущение собственного бессилия и пассивность перед лицом «судьбы», что в комбинации с болезненными негативными воспоминаниями о прошлом (Рисунок 4) может приводить к попыткам разорвать замкнутый круг безысходности и психической боли через попытку самоубийства либо, в случае зависимых, анальгезирующее и активирующее действие психоактивного вещества.

В этой части исследования важно было обратить внимание на изменения уровней «Позитивного прошлого», которые выходили за пределы нормы в обеих выборках, и более высокого «Негативного прошлого» - у пациентов только основной группы. Различие в уровнях «Негативного Прошлого» указывали на то, что пациенты основной группы могли находиться в более уязвимом положении относительно аутоагрессивного поведения и нестабильности ремиссии, чем контроль. Вместе с тем, оказалось, что более высокие уровни по обеим модальностям Прошлого были отрицательно связаны с чувством брошенности и восприятием себя как обузы, а также импульсивностью из-за отсутствия планирования, а в множественном регрессионном анализе факторов, влияющих на длительность ремиссии, уровень Позитивного Прошлого в начале исследования значимо увеличивал периоды трезвости впоследствии (Модель 1, Модель 4). Мы предполагаем, что высокий уровень Негативного Прошлого не является отрицательным фактором психопатологии, а в каком-то смысле может, как и позитивные воспоминания, становиться ресурсом для более оптимального принятия решений и планирования будущего. Это, возможно, подтверждается и неожиданной отрицательной связью между безнадежностью и ориентацией на «Негативное прошлое», с учетом наличия сходной связи с фактором «Позитивное прошлое». Наоборот, отсутствие рефлексии негативного опыта прошлого, игнорирование и мотивированные забывание негативных воспоминаний о собственных передозировках и несчастных случаях, смертях и болезнях приятелей и близких, связанных с употреблением, может приводить к негативным исходам

лечения зависимости [127]. Кроме того, ограничение и позитивной и негативной реминисценции приводит к ограничению «хранилища» памяти, из которого пациенты могут черпать детали и опоры для построения моделей собственного будущего [81, 108, 135, 143, 175, 188] и соответствующим нарушениям ПМ, что описывается в следующем параграфе.

Так, во-вторых, при исследовании результатов выполнения Задачи на беглость перспективного мышления [3, 133] у пациентов с синдромом зависимости от психостимуляторов было обнаружено экстремальное ограничение объема будущего. FTT оценивает легко-доступные, «готовые» и извлекаемые из долговременной памяти модели позитивных и негативных будущих событий («воспоминания о будущем») [189, 229], которыми люди часто пользуются при принятии решений и обеспечении эффективной жизнедеятельности [94, 144, 225]. Ограничения объема наблюдались по всем условиям задачи, независимо от валентности (негативной или позитивной) и временной дистанции (удаленности от настоящего момента). Причем это ограничение было выражено еще сильнее, чем при других формах зависимости (Рисунок 5) [121, 141]. Столь низкие показатели объема будущих событий довольно неожиданны и могут объясняться методологическими аспектами исследования, что предполагает необходимость проведения дополнительного изучения объема будущих событий в выборке зависимых от психостимуляторов. Вместе с тем, полученные данные подтверждают другие свидетельства ограничения мышления о собственном будущем у пациентов с зависимостями от ПАВ [33, 98], и укладываются в картину потенциальной аутоагрессивности пациентов, которая, как продемонстрировал анализ литературы выше у пациентов с зависимостью от психостимуляторов, по сравнению, например, с зависимыми от алкоголя. Результаты согласуются с результатами выполнения FTT людьми с высоким суицидальным риском [80, 128, 153, 154]. Люди в суицидальном кризисе имеют специфические ограничения внимания, «туннельное мышление», которое ограничивает будущие альтернативы до одной возможной, а именно, завершения жизни и облегчения страданий через суицидальную попытку, либо, в случае зависимых, употребление вещества.

Действительно, анализ связей КПСН с параметрами перспективного мышление установил большое число значимых, хоть и слабых отрицательных связей с объемом будущих событий по ФТТ, независимо от валентности. То есть, с увеличением объема событий будущего – будь то негативных, будь то позитивных – уменьшался уровень аутоагрессивности.

— Отсутствие нормального числа «воспоминаний о будущем» представляет в определенном смысле проблему. Пустоту, которую могла бы заполнить медленная, произвольная рефлексия будущего или реминисценции о приятных прошлых событиях, которая часто происходит в моменты, когда человек находится в относительно расслабленном состоянии, не занят профессиональной деятельностью или учебой (то есть в моменты активности системы пассивного режима работы мозга, которая отвечает за ПМ и память), могут заполнять интрузивные образы, связанные с употреблением вещества, либо совершением импульсивных, в том числе аутоагрессивных поступков. Эти образы могут включать сцены самоубийства, убийства других, прикосновения шприца к коже, вдыхания вещества и др., что может усугублять аутоагрессивные паттерны поведения у таких пациентов. Продемонстрировано, что представление негативных событий, включая сценарии собственной смерти, может увеличивать вероятность реальных суицидальных попыток [72, 118, 164].

Клинический пример 3

Пациентка Татьяна (21 год, холоста, образование неоконченное высшее) проходит курс лечения в стационаре. Уже в процессе лечения приходит в ординаторскую к лечащему врачу и описывает следующую ситуацию: *«Я лежала у себя в палате, читала книжку, такое хорошее настроение было сегодня. И как вспышка в голове промелькнула, как я снова курю «соль». И уже час думаю про наркотики, тяга невозможная, меня всю выкручивает»*. Пациентка отмечала краткосрочность, но в то же время поразительную реалистичность этого образа. *«Было ощущение, что это происходит реально»*. Пациентка объясняет, что это

происходит не в первый раз, но *«не перестает удивлять»*. Объективно пациентка возбуждена, неусидчива, рассказывает по кабинету, не может устоять на месте. Настойчиво просит *«что-то ей вколоть от тяги»*. Также отмечает, что если бы не была в стационаре, то уже бы *«поехала за весом»*. Впоследствии пациентка в ходе обхода отделения оценивала свое состояние, исходя из наличия у нее «флеш-форвардов»: *«сегодня все хорошо, сегодня картинок про наркотики не было»*.

Клинический пример 3 демонстрирует место интрузивных образов будущего в клинике зависимостей. Яркость и реалистичность таких образов вкупе с импульсивностью и нехваткой самоконтроля оставляют пациента «безоружным» перед спонтанными импульсами к употреблению ПАВ или совершению аутоагрессивных действий. По-видимому, это играет важную роль в формировании представления о фаталистичности настоящего (*«Если я себя контролировать не могу, то как я могу на что-то влиять в этой жизни»*). Феномен «флеш-форвардов» может играть важную роль в рецидивах употребления ПАВ, а поэтому заслуживает внимания в качестве мишени терапии у этой группы пациентов.

Таким образом, исследование особенностей проспективного мышления у пациентов с синдромом зависимости от психостимуляторов и их связи с аутоагрессивным поведением выявило значимые когнитивные дефициты, способствующие усилению суицидальных и аутоагрессивных тенденций. Эти результаты подчеркивают необходимость разработки и внедрения психотерапевтических методов, направленных на улучшение проспективного мышления и снижение аутоагрессивного поведения у пациентов с зависимостью от психостимуляторов.

В рамках исследования была разработана и апробирована **методика коррекции выявленных негативных особенностей проспективного мышления у пациентов с синдромом зависимости от психостимуляторов – полуструктурированное интервью, активирующее проспективное мышление (ИАПМ)**. Основной целью данной задачи являлось создание эффективного инструмента для усиления мотивации и приверженности к долгосрочной терапии и коррекции когнитивных проявлений аутоагрессивного поведения.

Разработка методики полуструктурированного терапевтического интервью о будущем (ИАПМ) основывалась на детальном анализе когнитивных дефицитов, связанных с проспективным мышлением и аутоагрессией, у пациентов с зависимостью от психостимуляторов. Были выявлены ключевые аспекты, такие как короткая временная перспектива (горизонт планирования), низкая ориентация на Будущее и дисбаланс остальных компонентов временной перспективы, низкий объем позитивных и негативных событий будущего и клинически подтвержденное наличие спонтанных интрузивных образов (флеш-форварды), которые оказывают значительное влияние на клинику синдрома зависимости.

Апробация ИАПМ в клинической практике показала положительные результаты. В исследование было включено 112 пациентов, которые случайным образом распределялись на основную и контрольную группы. Пациенты основной группы проходили ИАПМ в дополнение к стандартному наркологическому лечению, в то время как контрольная группа получала только стандартное лечение. Результаты апробации показали, что пациенты, получающие ИАПМ, демонстрировали более высокую приверженность к длительному лечению, большее снижение безнадежности и поведенческих маркеров импульсивного поведения («негативных исходов»), таких как спонтанные ранние отказы от лечения, которых было значимо меньше в основной группе. Было выявлено статистически и клинически значимое увеличение длительности ремиссии у пациентов основной группы по сравнению с контрольной группой ($p=0,02$, $\eta^2=0,194$ (большой эффект)), что подтверждает эффективность методики.

Хотя при поступлении группы имели почти равный уровень мотивации, Основная группа продемонстрировала значительное улучшение общей мотивации и готовности к изменениям по тесту SOCRATES по сравнению с контролем. Компонентный анализ (Рисунок 9) показал, что все компоненты SOCRATES значимо изменились в группе ИАПМ, и в группе наблюдалось увеличение Признания и Активных шагов, а также снижение Амбивалентности, что можно интерпретировать как клинически значимое улучшение. Результаты контрольной группы свидетельствовали о том, что эти пациенты приобрели большую

уверенность в своем решении прекратить лечение и возобновить употребление.

Эти данные согласуются с другими работами, согласно которым лучшая способность размышлять о своем личном будущем (эксплицитное ПМ), по-видимому, увеличивает продолжительность ремиссии у пациентов с зависимостью от алкоголя, в то время как имплицитный режим ПМ с большей доступностью интрузивных спонтанных образов будущего и обобщением эксплицитного произвольного размышления о будущем и планирования собственной жизни ретроспективно ухудшал исход зависимости от алкоголя [33, 229].

Интересно, что наше нынешнее исследование не требовало, чтобы участники моделировали сложные и конкретные образы будущего, как это происходит в исследованиях, занимающихся изучением эксплицитного моделирования будущего зависимыми для снижения обесценивания отдаленных вознаграждений [95, 233]. Оказалось, что даже простые и иногда достаточно абстрактные размышления о своем будущем и его тревожных или приятных аспектах имели терапевтическую ценность. Клинический пример 4 иллюстрирует это вмешательство.

Клинический пример 4

Кира, 20 лет, не замужем, среднее образование. Диагноз: F15.2, устойчивая ремиссия длительностью один год на момент написания диссертации. Родилась в полной семье. На момент госпитализации жила с матерью, училась в колледже и работала официанткой. Отец умер от наркозависимости. Начала употреблять синтетические катиноны (курение, ингаляции) в возрасте 16 лет с группой друзей, потому что *«это казалось круто и весело»*. На момент исследования она практически ежедневно употребляла наркотики в количестве до 2 г в день. С 14 лет наносит самоповреждения (видны порезы на предплечьях и бедрах), попытки суицида отрицает.

На момент поступления была в ясном сознании, ориентировалась во времени, пространстве и личности. Выглядела спокойной и несколько подавленной, но становилась радостной и возбужденной, когда говорила об употреблении

наркотиков (говорила о наркотиках громким голосом, с интересом и активно жестикулировала). На вопросы, требующие размышления, (*«Какие у Вас планы на будущее?»*, *«Считаете ли Вы употребление наркотиков проблемой?»*, *«Почему вы до сих пор не смогли бросить употреблять наркотики?»*, *«Почему Вам не удалось прекратить общение с соупотребителями, когда Вы собирались это сделать?»*) давала неохотные, обобщенные и поверхностные ответы. Была эмоционально неустойчива. Выраженного интеллектуально-мнестического снижения, психотических симптомов выявлено не было. Была заинтересована в прохождении психотерапии.

Во время интервью на первом сеансе ИАПМ дефицит ПМ Киры вышел на первый план. Когда ее попросили перечислить события личного будущего, которые она ожидала в краткосрочной и долгосрочной перспективе [3, 133], Кира испытала серьезное затруднение и не смогла представить себе события в отдаленном будущем. Она была удивлена заданию.

Кира (К.): *«Я слушала задание, а в голове было пусто, никаких мыслей! Я думала-думала и вот - трясусь от этих мыслей... зачем вообще думать о будущем, зачем думать так далеко вперед? Так же почувствовал бы любой, не так ли?»*

Терапевт обсудил с Кирой роль перспективного мышления в жизни человека, сообщил ей о нормальном объеме событий и о роли дефицита ПМ в развитии и усугублении зависимости. Далее приводится частичная расшифровка этой беседы с ответами и размышлениями пациентки:

Врач (В): Старались ли Вы избегать напоминаний о будущем?
 Пациент (П): Да какое будущее? Завтра туман, а я всегда здесь и сейчас живу, чтобы сейчас хорошо было. А какие напоминания, мои друзья о нем не думают, я тоже.

В: Неужто никого нет, кто о будущем напомнит?

П: Только если мама говорит, типа а чем дальше-то будешь заниматься, мы с ней тогда ругаемся. Ну тогда избегаю маминых напоминаний, так получается.

В: А что же такое с этим будущим, что даже напоминаний о нем стараетесь избегать?

П: Мне всегда казалось, что будущее – это как рулетка, да? Расклад может быть любой, и частенько мои мысли скатываются в такие темные углы, что лучше бы их вообще не освещать. Я как-то пробовала загадывать, мол, вот всё наладится, пойду на поправку, но это как в пустоту говорить. Ну вот представляешь, планы делаю, а жизнь мне говорит: "Не-а, не сейчас." И вот так каждый раз.

В: Можно ли сказать, что Вы намеренно не разговаривали о будущем и даже старались не думать о нем?

П: Определенно, старалась не думать о будущем. Когда люди начинают что-то про "завтра", "потом" или "когда-нибудь", у меня внутри всё сжимается – не хочу слушать, не хочу знать. Кажется, мне легче так. Не заикливаться на том, что где-то там, после, может быть какой-то провал или новый косяк. Иначе зачем себе настроение портить? Так что да, болт о будущем – не моя тема, не хочу знать, что меня там ждёт. С будущим так - пусть оно само по себе как-то там ложится, мне бы лишь с текущим моментом разобраться.

В: Правильно говорите, если о будущем не думать, оно все равно наступит. Только Вы в нем все равно будете.

П: Блин, хорошая мысль. Будущее не спрашивает разрешения, просто приходит, бум! – и ты уже в нём, готова ты к этому или нет. Истина в том, что чувствую я себя неуместной, когда думаю о том, что там, впереди. Наверное, так не должно быть? Это же про меня, а я это упускаю.

В: Направление мысли верное, однозначно. Какие соображения по этому поводу?

П: Пока сложно сказать, пока все как-то непонятно. И страшно, и стыдно стало, что про это не думала, но как будто полегче. Надо обдумать, короче.

Пациентка завершила курс стационарного лечения и решила пройти длительную терапию. Это помогло пациентке сохранять трезвость в течение года. Стоит отметить, что за это время ее перспективное мышление претерпело серьезные изменения. Далее приводится фрагмент беседы, который состоялся в через 4 месяца после первого сеанса:

П: Здравствуйте! У меня столько новостей, столько всего! Хочу рассказать,

что летом (на момент беседы за окном декабрь) делать буду. Мы с Настей поедem в деревню, я там буду в дедовской панаме ходить, пойдем на рыбалку на пруд! А еще я буду сидеть там на лавке, как бабка, буду смотреть на поле, деревню, березы! И загорать буду. С цветами будем возиться, картошку полоть, красота, ха-ха! Вот такие планы на лето, очень жду июнь. Уже себе подобрала лук, только бы в него влезть к лету.

В: Ого, вот это новости, отличные планы на лето, можно позавидовать! А Вам самой каково так размышлять о будущем?

П: Вот раньше любая история по типу "Что будет, если..." кончалась тем, что я закрывала глаза и делала вид, что ничего не происходит. А теперь я смогла так чуть-чуть заглянуть, посмотреть, что там может происходить. Стараюсь все планировать, хотя бы простые бытовые вещи какие-то. Сейчас задумываюсь над всяким. А что я делаю со своей жизнью? Что дальше буду делать? Всегда здесь буду сидеть или буду двигаться?

В: Раньше Вы боялись думать о будущем, так как многие из планов не сбывались. А как теперь Вы к этому относитесь?

П: Не отношусь сейчас к этому, как к цепочке гарантированных событий. Перестала бороться с реальностью, а стараюсь адаптироваться к ней. Если что-то не получилось, это может просто означать, что надо попробовать по-другому.

Клинический пример 4 может дать представление о возможных факторах психотерапевтических изменений, связанных с такого рода ориентированными на будущее вмешательствами.

Прежде всего, ИАПМ, по-видимому, помогло Кире расширить ее временную перспективу (горизонт планирования), о чем свидетельствует восстановленная способность моделировать более отдаленные (через 6 месяцев) и конкретные сцены личных будущих событий (рыбалка с подругой Настей), что ей совершенно не удавалось на первом сеансе. Вопросы терапевта помогли ей преодолеть дисфункциональные убеждения о своем будущем, схемы фатальности и безнадежности (*«Ну вот представляешь, планы делаю, а жизнь мне говорит: "Не-а, не сейчас." И вот так каждый раз»*) и стимулировали самопроекцию (смещение

фокуса с настоящего и проекция себя в будущее) (*«Истина в том, что чувствую я себя неуместной, когда думаю о том, что там, впереди. Наверное, так не должно быть? Это же про меня, а я это упускаю».*)

Также оказывается, что у некоторых (если не у всех) пациентов могут быть тревожные образы своего будущего, которые они действительно вспоминают, а не моделируют заново («воспоминания о будущем», [123]) и прилагают усилия для их подавления (*К: «Мне всегда казалось, что будущее – это как рулетка, да? Расклад может быть любой, и частенько мои мысли скатываются в такие темные углы, что лучше бы их вообще не освещать»*). По-видимому, выявление этих будущих мыслей и образов и придание им смысла в сотрудничестве с терапевтом может привести к реконсолидации памяти [55, 87] и снижению психологического напряжения, создаваемого этими нереализованными намерениями [67, 130]. Например, некоторые исследования показывают, как стремление [131] реализовать дезадаптивные воспоминания о будущем (например, суицидальное намерение покончить жизнь самоубийством, если психологическая боль кажется невыносимой и нет других альтернатив самоубийству) активируется навязчивыми мыслями и образами будущего [100] может быть ослаблено в ходе терапевтического разговора, где им предоставляются время, пространство, размышление и специфическая терапевтическая проработка [65].

Ограничения. Для улучшения качества данного исследования могут потребоваться: (1) увеличение размера выборки (хотя и достаточного для проверки основной гипотезы); (2) включение (третьей) контрольной группы, не получавшей лечения, или контрольной группы из списка ожидания; (3) найм и обучение нескольких терапевтов (наркологов), проводящих ИАПМ и СНБ в нескольких медицинских центрах; (4) увеличение периода наблюдения; (5) исследование роли потенциальных факторов, искажающих результаты (например, социальных и личностных факторов).

Исследования открывает дальнейшие **перспективы** для изучения проспективного мышления и применения ИАПМ при других видах химических и нехимических зависимостей, других психических расстройствах.

Таким образом, полуструктурированное терапевтическое интервью о будущем доказало свою эффективность в коррекции предикторов аутоагрессивного поведения у пациентов с синдромом зависимости от психостимуляторов. Использование данной методики способствует снижению безнадежности и импульсивности, уменьшению суицидального риска, что в конечном итоге улучшает клинические исходы и качество жизни пациентов.

ВЫВОДЫ

1. При изучении характеристик аутоагрессивного поведения и его предикторов у пациентов с синдромом зависимости от психостимуляторов был обнаружен их высокий суицидогенный потенциал, выражавшийся в высоких баллах коэффициента просуицидальной напряженности (по сравнению с литературными данными по другим зависимостям от ПАВ), высокой распространенности таких предикторов суицида как длительное чувство вины, навязчивое чувство стыда и острое чувство одиночества, суицидальные мысли и острые моменты безнадежности.

1.1. Чувство безнадежности, определенное по Шкале безнадежности Бека, у пациентов, употребляющих психостимуляторы, находилось на низком уровне, но имело важное клиническое значение, поскольку было связано с такими суицидальными предикторами как чувство брошенности и восприятие себя как обузы, и вносило значимый негативный вклад в длительность ремиссии после лечения ($\beta=-0,18$, $p=0,01$).

1.2. Уровень импульсивности в выборке не достигал патологических значений. Вместе с тем, при оценке влияния общего уровня импульсивности на длительность ремиссии в составе различных регрессионных моделей было обнаружено, что даже нормативный начальный уровень импульсивности сокращал длительность ремиссии в общей выборке пациентов ($\beta=-0,26$, $p<0,001$) при наличии более высоких баллов КПСН и уровня безнадежности при втором тестировании (выписке).

1.3. Импульсивность, связанная с отсутствием планирования, в основной группе оказалась значимым негативным фактором, влияющим на длительность ремиссии ($\beta=-0,25$, $p=0,0002$).

2. Исследование особенностей проспективного мышления у пациентов с синдромом зависимости от психостимуляторов и их связи с предикторами аутоагрессивного поведения выявило значимые когнитивные дефициты, способствующие усилению аутоагрессивных тенденций:

2.1. При исследовании результатов выполнения Задачи на беглость перспективного мышления было обнаружено экстремальное ограничение объема событий будущего по всем условиям задачи, независимо от эмоциональной валентности (негативной или позитивной) и временной дистанции (удаленности от настоящего момента). Данное ограничение было выражено сильнее, чем при других химических и нехимических зависимостях. Анализ связей КПСН с параметрами перспективного мышления установил, что по мере роста значения КПСН снижается объем перспективного мышления независимо от позитивности или негативности представляемых будущих событий.

2.2. Пациенты с зависимостью от психостимуляторов демонстрируют аномально короткую временную перспективу будущего, что подтверждается значительным по сравнению с нормой ограничением ориентации на «Будущее» в сочетании с низкими баллами «Позитивного прошлого» и высокими – «Фаталистического» и «Гедонистического» настоящего, а также данными об экстремально низких объемах средне- и долгосрочного (год и 5-10 лет) перспективного мышления, измеренного с помощью Задачи на беглость ПМ.

2.3. Снижение уровней «Позитивного» и «Негативного Прошлого» были связаны с усилением чувства брошенности и восприятия себя как обузы, ростом чувства безнадежности, а также импульсивности из-за отсутствия планирования. Поскольку в множественном регрессионном анализе уровень Позитивного Прошлого в начале исследования значимо увеличивал периоды трезвости впоследствии ($\beta=1,62$; $p=0,000001$, Модель 1), делается вывод о важности рефлексии как негативных, так и позитивных событий прошлого для коррекции аутоагрессивного поведения и лечения наркологических расстройств.

3. Разработанная методика коррекции нарушений перспективного мышления у пациентов с синдромом зависимости от психостимуляторов (полуструктурированное терапевтическое интервью о будущем, активирующее перспективное мышление, ИАПМ), которая будучи включенной в комплексную терапию зависимости от психостимуляторов, показала ее положительное влияние на различные клинические показатели у пациентов основной группы в отличие от

пациентов контрольной группы.

4. Основная группа пациентов, получавших ИАПМ, продемонстрировала значительное улучшение общей мотивации и готовности к изменениям по тесту SOCRATES, а также отдельных компонентов готовности к лечению по сравнению с контролем: наблюдалось увеличение Признания и Активных шагов, а также снижение Амбивалентности, что можно интерпретировать как клинически значимое улучшение. Результаты контрольной группы свидетельствовали о том, что эти пациенты приобрели большую уверенность в своем решении прекратить лечение и прекратить употребление. Также в основной группе по сравнению с контрольной были получены положительные результаты в отношении исходов лечения: пациенты, получающие ИАПМ, демонстрировали более высокую приверженность к длительному лечению ($\chi^2(1)=8,07$; $0,005$) и снижение «негативных исходов» ($\chi^2(1)=18,16$, $p=0,0001$). Было выявлено статистически и клинически значимое увеличение длительности ремиссии у пациентов основной группы по сравнению с контрольной группой ($p=0,02$, $\eta^2=0,194$ (большой эффект)).

5. Эффективность полуструктурированного терапевтического интервью о будущем в отношении предикторов аутоагрессии (безнадежность, импульсивность) также получила подтверждение, поскольку наблюдалось большее снижение уровня безнадежности ($U=457$, $p<0,001$; $\eta^2=0,373$), а также снижение поведенческих маркеров импульсивного поведения, а именно спонтанного отказа от лечения и самовольных выписок ($\chi^2(1)=18,16$; $0,0001$), которых было значимо меньше в основной группе, получавшей ИАПМ.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Полученные результаты позволили выявить значимые предикторы аутоагрессивного поведения, которые значимо отражаются на длительности ремиссии. Последнее позволяет строить прогноз длительности ремиссии, опираясь на известные и легко диагностируемые с помощью широко распространенных психодиагностических инструментов предикторы аутоагрессии (безнадежность, Коэффициент просуицидальной напряженности, импульсивность).

2. Следует учитывать особенности проспективного мышления, выявленные у пациентов с синдромом зависимости от психостимуляторов, при построении лечебных и реабилитационных мероприятий у пациентов с зависимостями от ПАВ вообще и с зависимостью от психостимуляторов, в частности. В то же время выявленные нарушения проспективного мышления будут являться мишенями для психологической и психотерапевтической коррекции проспективного мышления в сторону его оптимизации (особенно это важно, если учитывать, что ограничения объема проспективного мышления влияет на длительность ремиссии).

3. Предложенный вариант психотерапевтической интервенции, ориентированной на активацию проспективного мышления и коррекцию его дефицитов (ИАПМ), оказался эффективным инструментом для улучшения мотивации к лечению и поведенческих показателей эффективности наркологического лечения и способствовал вовлечению пациентов в долгосрочные лечебно-реабилитационные программы и увеличению ремиссий в кратко- и среднесрочной перспективе (до 6 месяцев).

4. Предложенный вариант интервью значимо снижал показатели аутоагрессивного поведения у пациентов с синдромом зависимости от психостимуляторов, а следовательно, может быть рекомендован для работы не только в наркологической, но и суицидологической практике.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

BIS – шкала импульсивности Баррата (Barrat Impulsivity Scale)

FTT – задача на беглость перспективного мышления (Future thinking task)

IFES – шкала влияния будущих событий (Impact of Future Events Scale)

SOCRATES – Шкала стадий готовности к изменению и стремления к лечению (The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale)

ИАПМ – интервью, активирующее перспективное мышление

КПСН – коэффициент просуицидальной напряженности

НПВ – новые психоактивные вещества

ПАВ – психоактивные вещества

ПМ – перспективное мышление

СК – синтетические катиноны

СНБ – стандартная наркологическая беседа

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Алгоритм провительного терапевтического интервью при сборе суицидального анамнеза в наркологической практике / Д. И. Шустов, А. В. Меринов, А. Д. Шустов, Т. В. Клименко. – Текст : электронный // Суицидология. – 2020. – Т. 10, № 1 (38). – URL: <https://s.siteapi.org/54a9cb7d6286e2b/docs/4xj0ty51cjggo8048kc4sko8sscooo> (дата обращения: 31.08.2024).
2. Анохин, П. К. Опережающее отражение действительности / П. К. Анохин. – Текст : непосредственный // Вопросы философии. – 1962. – № 7. – С. 97-106.
3. Апробация методики «Задача на беглость перспективного мышления» в русскоязычной выборке / О. Д. Тучина, Т. В. Агибалова, Л. Р. Киатрова [и др.]. – Текст : непосредственный // Консультативная психология и психотерапия. – 2022. – Т. 30, № 3. – С. 172-193.
4. Бернштейн, Н. А. О построении движений (1947 г.) / Н. А. Бернштейн. – Текст : непосредственный // Физиология движений и активность / под ред. О. Г. Газенко – Москва : «НАУКА», 1990а. – С. 243-462.
5. Бернштейн, Н. А. Очерки по физиологии движений и физиологии активности (1966) / Н. А. Бернштейн. – Текст : непосредственный // Физиология движений и активность / под ред. О. Г. Газенко – Москва : «НАУКА», 1990b. – С. 9-242.
6. Бернштейн, Н. А. Проблема взаимоотношений локализации и координации / Н. А. Бернштейн. – Текст : непосредственный // Арх. биол. наук. – 1935. – Т. 38, № 1. – С. 1-34.
7. Васильева, А. В. Психотерапия. Национальное руководство / А. В. Васильева, Т. А. Караваева, Н. Г. Незнанов. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2024. – 992 с. – Текст : непосредственный.
8. Выгинная, Е. А. Временная перспектива наркозависимых в показателях формализованных и проективных методик / Е. А. Выгинная. – Текст : непосредственный // Мир науки, культуры, образования. – 2016. – № 1 (56). – С.

237-241.

9. Горски, Т. Т. Путь выздоровления. План действий для предотвращения срыва / Т. Т. Горски. – Москва : Институт общегуманитарных исследований, 2013. – 160 с. – Текст : непосредственный.

10. Ениколопов, С. Н. Апробация русскоязычной версии методики «Шкала импульсивности Барратта» (BIS-11) / С. Н. Ениколопов, Т. И. Медведева. – Текст : электронный // Психология и право. – 2015. – Т. 5, № 3. – С. 75–89. – DOI: 10.17759/psylaw.2015050307 (дата обращения: 10.06.2024).

11. Зенцова, Н. И. Особенности восприятия временной перспективы у лиц, зависимых от психоактивных веществ / Н. И. Зенцова, А. О. Корендюхина. – Текст : непосредственный // Общество: социология, психология, педагогика. – 2016. – № 4. – С. 69-71.

12. Иванец, Н. Н. Наркология. Национальное руководство. / Н. Н. Иванец, М. А. Винникова. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2024. – 848 с. – Текст : непосредственный.

13. Ипатова, К. А. К вопросу о восприятии временной перспективы у лиц, зависимых от психоактивных веществ / К. А. Ипатова, А. А. Столярова, Е. Р. Исаева. – Текст : непосредственный // Национальный психологический журнал. – 2023. – № 4. – С. 53–62.

14. Каждая сотая смерть – самоубийство. ВОЗ публикует рекомендации, призванные способствовать сокращению числа самоубийств в мире на одну треть к 2030 г. – Текст : электронный // Всемирная организация здравоохранения : сайт. – URL: <https://www.who.int/ru/news/item/17-06-2021-one-in-100-deaths-is-by-suicide> (дата обращения: 16.05.2024).

15. Карвасарский, Б. Д. Психотерапия : учебник для вузов / Б. Д. Карвасарский. – 4-е изд. – Санкт-Петербург : Питер, 2021. – 671 с. – Текст : непосредственный.

16. Кордубан, В. В. Сравнительный анализ личностных и ценностно-смысловых характеристик наркологических больных и здоровых лиц (абстинентов) в аспекте третичной профилактики / В. В. Кордубан, О. Ж. Бузик, Т.

В. Агибалова. – Текст : непосредственный // Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова. – 2022. – Т. 30, № 4. – С. 519-529. – DOI 10.17816/PAVLOVJ109308. – EDN DTVDZG.

17. Кошкина, Е.А. Новые тенденции в эпидемиологии наркомании в России и странах Европы / Кошкина Е.А., Валькова У.В., Смирновская М.С. – Текст : непосредственный // Вопросы наркологии. – 2018. - № 5 (165). – С. 37-40.

18. Оценочный стандартизованный по возрасту коэффициент смертности в результате самоубийств на 100 000 человек населения. – Всемирная организация здравоохранения. – 2023. – Текст : электронный. – URL: https://gateway.euro.who.int/ru/indicators/epw_13-suicide-mortality-rate-per-100-000-population/#id=36854 (дата обращения 10.05.2024).

19. Ломов, Б. Ф. Антиципация в структуре деятельности / Б. Ф. Ломов, Е. Н. Сурков. – Москва : Наука, 1980. – 320 с. – Текст : непосредственный.

20. Меринов, А. В. Аутоагрессивное поведение и оценка суицидального риска у больных алкогольной зависимостью и членов их семей: специальность 14.01.27 "Наркология"; 14.01.06 "Психиатрия" : автореферат диссертации на соискание степени доктора медицинских наук / Меринов Алексей Владимирович. – Москва : ФГБУ ННЦН Минздравсоцразвития России, 2012. – 48 с. – Текст : непосредственный.

21. Меринов, А. В. Роль и место феномена аутоагрессии в семьях больных алкогольной зависимостью / А. В. Меринов. – Санкт-Петербург : «Экспертные решения». – ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, 2017. – 192 с. – Текст : непосредственный.

22. Память будущего: обзор исследований проспективного мышления у пациентов с синдромом зависимости от алкоголя / О. Д. Тучина, Д. И. Шустов, С. А. Новиков, П. В. Тучин. – Текст : непосредственный. // Вопросы наркологии. – 2017. – № 12. – С. 145-177. – EDN VTRCEX.

23. Поляков, Ю. Ф. Патология познавательной деятельности при шизофрении / Ю. Ф. Поляков. – Москва : Медицина, 1974. – 168 с. – Текст : непосредственный.

24. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 30.12.2015 N 1034н «Об

утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю „психиатрия-наркология“ и Порядка диспансерного наблюдения за лицами с психическими расстройствами и (или) расстройствами поведения, связанными с употреблением психоактивных веществ» (с изменениями и дополнениями) | ГАРАНТ. – URL: <https://base.garant.ru/71360612/> (дата обращения: 10.06.2024). – Текст : электронный.

25. Протокол исследования по валидации теста RUS-AUDIT. Адаптация и валидация теста AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) для выявления расстройств, обусловленных употреблением алкоголя, в Российской Федерации. – URL: <https://www.who.int/europe/ru/publications/i/9789289055727> (дата обращения: 10.06.2024). – Текст : электронный.

26. Рубрикатор КР. – URL: <https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/592> (дата обращения: 10.06.2024). – Текст : электронный.

27. Серeda, Г. К. Теоретическая модель памяти как механизма системной организации индивидуального опыта / Г. К. Серeda. – Текст : электронный // Вестник Харьковского университета. – 1984. – № 253. – URL: <https://psyanima.su/journal/2009/2/2009n2a7/2009n2a7.pdf> (дата обращения: 10.06.2024).

28. Суициды и синтетические катиноны. Клинико-генетический анализ / А. Р. Асадуллин, Э. А. Ахметова, Г. М. Асадуллина [и др.]. – Текст : непосредственный // Тюменский медицинский журнал. – 2017. – Т. 19, № 2. – С. 12-15.

29. Сырцова, А. Адаптация опросника временной перспективы личности Ф. Зимбардо / А. Сырцова, Е. Т. Соколова, О. В. Митина. – Текст : непосредственный // Культурно-историческая психология. – 2008. – Т. 29. – № 3. – С. 101-109.

30. Теория суицидального поведения Т. Джойнера: адаптация Опросника межличностных потребностей (inq) / А. А. Меньшикова, А. Г. Герсамия, Л. С. Канаева, Р. Г. Акжигитов. – Текст : непосредственный // Российский психиатрический журнал. – 2016. – Теория суицидального поведения Т. Джойнера. – № 2. – С. 51-60.

31. Тучина, О. Д. Рефлексия жизненного сценария и связанных с ним бессознательных убеждений и проекций будущего как фактор длительности ремиссии при синдроме зависимости от алкоголя у мужчин / О. Д. Тучина, Т. В. Агибалова, Д. И. Шустов. – Текст : непосредственный // Консультативная психология и психотерапия. – 2021. – Т. 29, № 3(113). – С. 116-139. – DOI 10.17759/cpp.2021290308. – EDN SFXUPO.

32. Тучина, О. Д. Коррекция нарушений перспективного мышления у пациентов с синдромом зависимости от алкоголя / О. Д. Тучина, Т. В. Агибалова. – Московский научно-практический центр наркологии, 2022. – 54 с. – Текст : непосредственный.

33. Тучина, О. Д. Нарушения перспективного мышления у пациентов с синдромом зависимости от алкоголя : специальность 5.3.6 «Клиническая психология» : диссертация на соискание ученой степени кандидата психологических наук / Тучина Ольга Дмитриевна. – Москва : Московский научно-практический центр наркологии, 2022. – 326 с. – Текст : непосредственный.

34. Фейгенберг, И. М. Вероятностное прогнозирование в деятельности мозга / И. М. Фейгенберг. – Текст : непосредственный // Вопросы психологии. – 1963. – № 2. – С. 59-67.

35. «Шкала душевной боли» Р. Холдена и «Шкала безнадежности» А. Бека: диагностические возможности для предсказания суицидального риска / Н. Колачев, К. Чистопольская, С. Ениколопов [и др.]. – Текст : непосредственный // Психологические исследования. – 2023. – Т. 16, № 90. – С. 7.

36. Шустов, А. Д. Исследование эффективности провитального терапевтического интервью методом SOCRATES / А. Д. Шустов, Т. В. Клименко. – Текст : непосредственный // Вопросы наркологии. – 2019. – № 11. – с. 65-71.

37. Шустов, Д. И. Методы психотерапии алкогольной зависимости с доказанной эффективностью, использующие концепцию аддиктивного расщепления личности / Д. И. Шустов, О. Д. Тучина. – Текст : непосредственный // XVI Съезд психиатров России. Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Психиатрия на этапах реформ: проблемы и

перспективы» : Тезисы, Казань, 23–26 сентября 2015 года / Ответственный редактор Незнанов Н.Г.. – Казань: ООО «Альта Астра», 2015. – С. 738. – EDN XHBSEB.

38. Шустов, Д. И. Психотерапия в наркологии / Д. И. Шустов, Т. В. Агибалова, О. Д. Тучина. – Текст : непосредственный // XVI Съезд психиатров России. Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Психиатрия на этапах реформ: проблемы и перспективы» : Тезисы, Казань, 23–26 сентября 2015 года / Ответственный редактор Незнанов Н.Г.. – Казань: ООО «Альта Астра», 2015. – С. 737. – EDN XHCCZP.

39. Erikson, E. H. Growth and crises of the «healthy personality.» / E. H. Erikson. – Text : visual // Symposium on the healthy personality. – Oxford, England : Josiah Macy, Jr. Foundation, 1950. – С. 91-146.

40. A randomized factorial trial of disulfiram and contingency management to enhance cognitive behavioral therapy for cocaine dependence / K. M. Carroll, C. Nich, N. M. Petry [et al.]. – Text : visual // Drug and Alcohol Dependence. – 2016. – Vol. 160. – P. 135-142.

41. A study of psychological pain in substance use disorder and its relationship to treatment outcome / S. Mee, B. G. Bunney, K. Fujimoto [et al.]. – Text : visual // PLoS ONE. – 2019. – Vol. 14, № 11. – P. 216266.

42. A test of the Interpersonal Theory of Suicide in a large community-based cohort / H. Christensen, P. J. Batterham, A. Soubelet, A. J. Mackinnon. – Text : visual // Journal of Affective Disorders. – 2013. – Vol. 144, № 3. – P. 225-234.

43. Aafjes-van Doorn, K. Psychotherapy; current evidence and trends / K. Aafjes-van Doorn, D. Gutterman. – Text : electronic // Encyclopedia of Mental Health. – Elsevier, 2023. – P. 905-913. – URL: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/B9780323914970000771> (date accessed: 31.08.2024).

44. Adaptive Reflection on Negative Emotional Experiences: Convergences and Divergence Between the Processing-Mode Theory and the Theory of Self-Distancing Reflection / F. Cova, F. Garcia, C. Oyanadel [et al.]. – Text : visual // Frontiers in

Psychology. – 2019. – Vol. 10. – P. 1943.

45. Albarracín, D. The Cognitive Impact of Past Behavior: Influences on Beliefs, Attitudes, and Future Behavioral Decisions / D. Albarracín, J. Robert S. Wyer. – Text : visual // Journal of personality and social psychology. – 2000. – Vol. 79, № 1. – P. 5.

46. Analysis of Symptoms, Approaches to Therapy and Outcomes of Synthetic Cathinone-Induced Delirium: Systematic Review / Ryazan State Medical University, I. A. Fedotov, B. Yu. Volodin [et al.]. – Text : visual // NAUKA MOLODYKH (Eruditio Juvenium). – 2023. – Vol. 11, № 2. – P. 257-270.

47. Anticonvulsant drugs in cocaine dependence: a systematic review and meta-analysis / Y. Alvarez, M. Farré, F. Fonseca, M. Torrens. – Text : visual // Journal of Substance Abuse Treatment. – 2010. – Vol. 38, № 1. – P. 66-73.

48. Antidepressants for cocaine dependence and problematic cocaine use / P. P. Pani, E. Trogu, S. Vecchi, L. Amato. – Text : visual // The Cochrane Database of Systematic Reviews. – 2011. – № 12. – P. CD002950.

49. Antipsychotic drugs in cocaine dependence: a systematic review and meta-analysis / Y. Alvarez, C. Pérez-Mañá, M. Torrens, M. Farré. – Text : visual // Journal of Substance Abuse Treatment. – 2013. – Vol. 45, № 1. – P. 1-10.

50. Autobiographical Memory Deficits in Alcohol-Dependent Patients with Short- and Long-Term Abstinence / J.-L. Nandrino, M. El Haj, J. Torre [et al.]. – Text : visual // Alcoholism, Clinical and Experimental Research. – 2016. – Vol. 40, № 4. – P. 865-873.

51. Autobiographical memory specificity and emotional disorder. / J. M. G. Williams, T. Barnhofer, C. Crane [et al.]. – Text : visual // Psychological Bulletin. – 2007. – Vol. 133, № 1. – P. 122-148.

52. Baumeister, R. F. The need to belong: Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation / R. F. Baumeister, M. R. Leary. – Text : visual // Psychological Bulletin. – 1995. – Vol. 117, № 3. – P. 497-529.

53. Bechara, A. Decision-making and addiction (part II): myopia for the future or hypersensitivity to reward? / A. Bechara, S. Dolan, A. Hindes. – Text : visual // Neuropsychologia. – 2002. – Vol. 40, № 10. – P. 1690-1705.

54. Bechara, A. Decision-making and impulse control after frontal lobe injuries /

A. Bechara, M. Van Der Linden. – Text : visual // *Current Opinion in Neurology*. – 2005. – Vol. 18, № 6. – P. 734-739.

55. Beckers, T. Memory Reconsolidation Interference as an Emerging Treatment for Emotional Disorders: Strengths, Limitations, Challenges and Opportunities / T. Beckers, M. Kindt. – Text : visual // *Annual review of clinical psychology*. – 2017. – Vol. 13. – P. 99-121.

56. Bidirectional Associations Between Future Time Perspective and Substance Use Among Continuation High-School Students / E. Barnett, D. Spruijt-Metz, J. B. Unger [et al.]. – Text : visual // *Substance Use & Misuse*. – 2013. – Vol. 48, № 8. – P. 574-580.

57. Bischof, G. Motivational Interviewing: An Evidence-Based Approach for Use in Medical Practice / G. Bischof, A. Bischof, H.-J. Rumpf. – Text : electronic // *Deutsches Ärzteblatt international*. – 2021. – URL: <https://www.aerzteblatt.de/10.3238/arztebl.m2021.0014> (date accessed: 31.08.2024).

58. Brokke, S. S. Impulsivity and aggression in suicide ideators and suicide attempters of high and low lethality / S. S. Brokke, N. I. Landrø, V. Ø. Haaland. – Text : visual // *BMC Psychiatry*. – 2022. – Vol. 22. – P. 753.

59. Brown, J. M. Putting prospection into practice: Methodological considerations in the use of episodic future thinking to reduce delay discounting and maladaptive health behaviors / J. M. Brown, J. S. Stein. – Text : visual // *Frontiers in Public Health*. – 2022. – Vol. 10. – P. 1020171.

60. Buczny, J. The role of implicit affective responses and trait self-control in ego resource management / J. Buczny, R. L. Layton, M. Muraven. – Text : visual // *Motivation and Emotion*. – 2015. – Vol. 39, № 5. – P. 669-679.

61. Burger, S. The interview as therapeutic technique : a training model / S. Burger. – University of South Africa. – 1996. 301 p. – Text : visual.

62. Can we predict agitation in patients with suicide attempts in the emergency department? / A. Akoz, S. T. A. Gur, E. Oral [et al.]. – Text : visual // *African Health Sciences*. – 2016. – Vol. 16, № 3. – P. 831-837.

63. Chang, Y.-C. Effects of content and valence of episodic future thinking on delay discounting and alcohol demand. / Y.-C. Chang, B. O. Ladd. – Text : visual //

Psychology of Addictive Behaviors. – 2023. – Vol. 37, № 1. – P. 177-189.

64. Characteristics and circumstances of death related to new psychoactive stimulants and hallucinogens in Australia / S. Darke, J. Duflou, A. Peacock [et al.]. – Text : visual // Drug and Alcohol Dependence. – 2019. – Vol. 204. – P. 107556.

65. Cognitions in bipolar affective disorder and unipolar depression: imagining suicide / S. A. Hales, C. Deeprose, G. M. Goodwin, E. A. Holmes. – Text : visual // Bipolar Disorders. – 2011. – Vol. 13, № 7-8. – P. 651-661.

66. Cognitive-behavioural treatment for amphetamine-type stimulants (ATS)-use disorders / T. Harada, H. Tsutomi, R. Mori, D. B. Wilson. – Text : visual // The Cochrane Database of Systematic Reviews. – 2018. – Vol. 12, № 12. – P. CD011315.

67. Cole, S. Spontaneous and deliberate future thinking: a dual process account / S. Cole, L. Kvavilashvili. – Text : visual // Psychological Research. – 2021. – Vol. 85, № 2. – P. 464-479.

68. Collado, A. Imagining the future can shape the present: A systematic review of the impact of episodic future thinking on substance use outcomes. / A. Collado, A. Stokes. – Text : electronic // Psychology of Addictive Behaviors. – 2023. – URL: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/adb0000933> (date accessed: 16.01.2024).

69. Comparative efficacy and acceptability of psychosocial interventions for individuals with cocaine and amphetamine addiction: A systematic review and network meta-analysis / F. De Crescenzo, M. Ciabattini, G. L. D'Alò [et al.]. – Text : visual // PLOS Medicine. – 2018. – Vol. 15, № 12. – P. e1002715.

70. Completed suicide among older patients in primary care practices: a controlled study / Y. Conwell, J. M. Lyness, P. Duberstein [et al.]. – Text : visual // Journal of the American Geriatrics Society. – 2000. – Vol. 48, № 1. – P. 23-29.

71. Contingency Management Reduces Symptoms of Psychological and Emotional Distress among Homeless, Substance-dependent Men Who Have Sex with Men / J. B. Fletcher, S. Shoptaw, J. A. Peck, C. J. Reback. – Text : visual // Mental Health and Substance Use: Dual Diagnosis. – 2014. – Vol. 7, № 4. – P. 420-430.

72. Conway, M. Images and goals / M. Conway, K. Meares, S. Standart. – Text : visual // Memory. – 2004. – Vol. 12, № 4. – P. 525-531.

73. Conway, M. A. The Self-Memory System Revisited: Past, Present, and Future / M. A. Conway, L. V. Justice, A. D'Argembeau. – Text : electronic // The organization and structure of autobiographical memory. – Oxford University Press, 2019. – The Self-Memory System Revisited. – P. 28-51. – URL: <https://academic.oup.com/book/35295/chapter/299912477> (date accessed: 16.01.2024).

74. Cornish, J. W. Crack cocaine abuse: an epidemic with many public health consequences / J. W. Cornish, C. P. O'Brien. – Text : visual // Annual Review of Public Health. – 1996. – Vol. 17. – P. 259-273.

75. D'Argembeau, A. Remembering the past and imagining the future in schizophrenia / A. D'Argembeau, S. Raffard, M. Van der Linden. – Text : visual // Journal of Abnormal Psychology. – 2008. – Vol. 117, № 1. – P. 247-251.

76. D'Argembeau, A. Frequency, characteristics and functions of future-oriented thoughts in daily life / A. D'Argembeau, O. Renaud, M. Van der Linden. – Text : visual // Applied Cognitive Psychology. – 2011. – Vol. 25. – P. 96-103.

77. Death cases involving certain new psychoactive substances: A review of the literature / M. Kraemer, A. Boehmer, B. Madea, A. Maas. – Text : visual // Forensic Science International. – 2019. – Vol. 298. – P. 186-267.

78. Deaths of individuals aged 16-24 years in the UK after using mephedrone / B. Loi, J. M. Corkery, H. Claridge [et al.]. – Text : visual // Human Psychopharmacology. – 2015. – Vol. 30, № 4. – P. 225-232.

79. Deeprose, C. An Exploration of Prospective Imagery: The Impact of Future Events Scale / C. Deeprose, E. A. Holmes. – Text : visual // Behavioural and Cognitive Psychotherapy. – 2010. – Vol. 38, № 2. – P. 201-209.

80. Defeat, Entrapment, and Positive Future Thinking: Examining Key Theoretical Predictors of Suicidal Ideation Among Adolescents / O. H. Pollak, E. M. Guzmán, K. E. Shin, C. B. Cha. – Text : visual // Frontiers in Psychology. – 2021. – Vol. 12. – P. 590388.

81. Deficits of Prospective Capacity as Possible Mechanism in Pathogenesis of Alcohol Dependence / O. D. Tuchina, D. I. Shustov, T. V. Agibalova, S. A. Shustova. – Text : visual // Counseling Psychology and Psychotherapy. – 2019. – Vol. 27, № 1. – P.

79-101.

82. Determinants of Suicidality in the European General Population: A Systematic Review and Meta-Analysis / M. T. Carrasco-Barrios, P. Huertas, P. Martín [et al.]. – Text : visual // International Journal of Environmental Research and Public Health. – 2020. – Vol. 17, № 11. – P. 4115.

83. Disruption of posterior brain functional connectivity and its relation to cognitive impairment in idiopathic REM sleep behavior disorder / A. Campabadal, A. Abos, B. Segura [et al.]. – Text : visual // NeuroImage. Clinical. – 2020. – Vol. 25. – P. 102138.

84. Distinct effects of over-general autobiographical memory on suicidal ideation among depressed and healthy people / W. Jiang, G. Hu, J. Zhang [et al.]. – Text : visual // BMC Psychiatry. – 2020. – Vol. 20, № 1. – P. 501.

85. Donovan, D. M. “Tweaking 12-Step”: the potential role of 12-Step self-help group involvement in methamphetamine recovery / D. M. Donovan, E. A. Wells. – Text : visual // Addiction (Abingdon, England). – 2007. – Vol. 102. – P. 121-129.

86. Drug Use Disorders Identification Test / A. H. Berman, H. Bergman, T. Palmstierna, F. Schlyter // Institution: American Psychological Association. – 2016. – URL: <https://doi.apa.org/doi/10.1037/t02890-000> (date accessed: 10.06.2024). – Text : electronic.

87. Dunbar, A. B. Reconsolidation and psychopathology: Moving towards reconsolidation-based treatments / A. B. Dunbar, J. R. Taylor. – Text : visual // Neurobiology of learning and memory. – 2017. – Vol. 142, № Pt A. – P. 162-171.

88. DuPont, R. L. Anxiety and addiction: a clinical perspective on comorbidity / R. L. DuPont. – Text : visual // Bulletin of the Menninger Clinic. – 1995. – Vol. 59, № 2 Suppl A. – P. A53-72.

89. Dyer, J. A. Hopelessness, depression and suicidal intent in parasuicide / J. A. Dyer, N. Kreitman. – Text : visual // The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science. – 1984. – Vol. 144. – P. 127-133.

90. Effects of cooperative, competitive, and individualistic goal structures on achievement: A meta-analysis. / D. W. Johnson, G. Maruyama, R. Johnson [et al.]. –

Text : visual // Psychological Bulletin. – 1981. – Vol. 89, № 1. – P. 47-62.

91. Effects of episodic future thinking on reinforcement pathology during smoking cessation treatment among individuals with substance use disorders / Á. García-Pérez, G. Aonso-Diego, S. Weidberg, R. Secades-Villa. – Text : visual // Psychopharmacology. – 2022. – Vol. 239, № 2. – P. 631-642.

92. Eisler, I. Family Interviewing and Family Therapy / I. Eisler, J. Lask. – Text : electronic // Rutter's Child and Adolescent Psychiatry / eds. M. Rutter [et al.]. – Wiley, 2008. – P. 1062-1078. – URL: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/9781444300895.ch65> (date accessed: 31.08.2024).

93. Enikolopov, S. N. Appropriation of the Russian-language version of the Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11) / S. N. Enikolopov, T. I. Medvedeva. – Text : visual // Psychology and Law. – 2015. – Vol. 5, № 3. – P. 75-89.

94. Episodic future thinking and future-based decision-making in a case of retrograde amnesia / F. De Luca, F. Benuzzi, E. Bertossi [et al.]. – Text : visual // Neuropsychologia. – 2018. – Vol. 110. – P. 92-103.

95. Episodic Future Thinking as a Promising Intervention for Substance Use Disorders: a Reinforcer Pathology Perspective / W. K. Bickel, R. Freitas-Lemos, J. Myslowski [et al.]. – Text : visual // Current Addiction Reports. – 2023. – Vol. 10, № 3. – P. 494-507.

96. Evaluating effects of episodic future thinking on valuation of delayed reward in cocaine use disorder: a pilot study / S. E. Forster, S. R. Steinhauer, A. Ortiz, S. D. Forman. – Text : visual // The American Journal of Drug and Alcohol Abuse. – 2021. – Vol. 47, № 2. – P. 199-208.

97. Berman A. H. Evaluation of the Drug Use Disorders Identification Test (DUDIT) in criminal justice and detoxification settings and in a Swedish population sample / A. H. Berman, H. Bergman, T. Palmstierna, F. Schlyter. – Text : visual // European Addiction Research. – 2005. – Vol. 11, № 1. – P. 22–31. – DOI: 10.1159/000081413.

98. Examining multiple features of episodic future thinking and episodic memory

among suicidal adults / C. B. Cha, D. J. Robinaugh, D. L. Schacter [et al.]. – Text : visual // *Suicide & life-threatening behavior*. – 2022. – Vol. 52, № 3. – P. 356-372.

99. Fellows, L. K. Dissociable elements of human foresight: a role for the ventromedial frontal lobes in framing the future, but not in discounting future rewards / L. K. Fellows, M. J. Farah. – Text : visual // *Neuropsychologia*. – 2005. – Vol. 43, № 8. – P. 1214-1221.

100. ‘Flash-forwards’ and suicidal ideation: A prospective investigation of mental imagery, entrapment and defeat in a cohort from the Hong Kong Mental Morbidity Survey / R. M. K. Ng, M. Di Simplicio, F. McManus [et al.]. – Text : visual // *Psychiatry Research*. – 2016. – Vol. 246. – P. 453-460.

101. Forecasting success: patients’ expectations for improvement and their relations to baseline, process and outcome variables in group cognitive-behavioural therapy for depression / M. Tsai, J. S. Ogrodniczuk, I. Sochting, J. Mirmiran. – Text : visual // *Clinical Psychology & Psychotherapy*. – 2014. – Vol. 21, № 2. – P. 97-107.

102. Functional network alterations differently associated with suicidal ideas and acts in depressed patients: an indirect support to the transition model / G. Wagner, M. Li, M. D. Sacchet [et al.]. – Text : visual // *Translational Psychiatry*. – 2021. – Vol. 11. – P. 100.

103. Future orientation moderates the relationship between functional status and suicide ideation in depressed adults / J. K. Hirsch, P. R. Duberstein, K. R. Conner [et al.]. – Text : visual // *Depression and Anxiety*. – 2007. – Vol. 24, № 3. – P. 196-201.

104. Future thinking to decrease real-world drinking in alcohol use disorder: Repairing reinforcer pathology in a randomized proof-of-concept trial. / L. N. Athamneh, J. Brown, J. S. Stein [et al.]. – Text : visual // *Experimental and Clinical Psychopharmacology*. – 2022. – Vol. 30, № 3. – P. 326-337.

105. Gehart, D. R. Qualitative research in family therapy: a substantive and methodological review / D. R. Gehart, D. A. Ratliff, R. R. Lyle. – Text : visual // *Journal of Marital and Family Therapy*. – 2001. – Vol. 27, № 2. – P. 261-274.

106. Getting “Stuck” in the Future or the Past: Relationships between Dimensions of Time Perspective, Executive Functions, and Repetitive Negative Thinking in Anxiety

/ E. Åström, A. Seif, B. Wiberg, M. G. Carelli. – Text : visual // *Psychopathology*. – 2018. – Vol. 51, № 6. – P. 362-370.

107. Goldenberg, I. Family Therapy: An Overview. / I. Goldenberg, H. Goldenberg // Brooks/Cole-Thomson Learning. – 2004. – 527 p. – Text : electronic (date accessed: 16.01.2024)

108. Gould, T. J. Addiction and Cognition / T. J. Gould // *Addiction Science & Clinical Practice*. – 2010. – Vol. 5. – № 2. – P. 4-14.

109. Harris, E. C. Suicide as an outcome for mental disorders: A meta-analysis / E. C. Harris, B. Barraclough. – Text : visual // *British Journal of Psychiatry*. – 1997. – Vol. 170, № 3. – P. 205-228.

110. Health status and suicide in the second half of life / Y. Conwell, P. R. Duberstein, J. K. Hirsch [et al.]. – Text : visual // *International journal of geriatric psychiatry*. – 2010. – Vol. 25, № 4. – P. 371-379.

111. Hofmann, W. Impulse and Self-Control From a Dual-Systems Perspective / W. Hofmann, M. Friese, F. Strack. // *Perspectives on psychological science : a journal of the Association for Psychological Science*. – 2009. – Vol. 4. – P. 162. – Text : visual.

112. Holmes, E. A. Mental imagery in emotion and emotional disorders / E. A. Holmes, A. Mathews. – Text : visual // *Clinical Psychology Review*. – 2010. – Vol. 30, № 3. – P. 349-362.

113. Hopelessness as a Predictor of Suicidal Ideation in Depressed Male and Female Adolescent Youth / K. L. Wolfe, P. A. Nakonezny, V. J. Owen [et al.]. – Text : visual // *Suicide & life-threatening behavior*. – 2019. – Vol. 49, № 1. – P. 253-263.

114. Hopelessness, Suicidality, and Co-Occurring Substance Use among Adolescent Hallucinogen Users-A National Survey Study / S. Desai, V. Jain, S. Xavier, W. Du. – Text : visual // *Children (Basel, Switzerland)*. – 2022. – Vol. 9, № 12. – P. 1906.

115. How well does the theory of planned behaviour predict alcohol consumption? A systematic review and meta-analysis / R. Cooke, M. Dahdah, P. Norman, D. P. French. – Text : visual // *Health Psychology Review*. – 2016. – Vol. 10, № 2. – P. 148-167.

116. Huibers, M. J. H. Common (Nonspecific) Factors in Psychotherapy / M. J. H. Huibers, P. Cuijpers. – Text : electronic // *The Encyclopedia of Clinical Psychology* / eds.

R. L. Cautin, S. O. Lilienfeld. – 2015. – P. 1-6. – URL: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/9781118625392.wbecp272> (date accessed: 31.08.2024).

117. Hunter, E. C. Hopelessness and future thinking in parasuicide: the role of perfectionism / E. C. Hunter, R. C. O'Connor. – Text : visual // *The British Journal of Clinical Psychology*. – 2003. – Vol. 42, № Pt 4. – P. 355-365.

118. Imagery about suicide in depression—“Flash-forwards”? / Emily. A. Holmes, C. Crane, M. J. V. Fennell, J. M. G. Williams. – Text : visual // *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. – 2007. – Vol. 38, № 4. – P. 423-434.

119. Imagery-Focused Cognitive Therapy (ImCT) for Mood Instability and Anxiety in a Small Sample of Patients with Bipolar Disorder: a Pilot Clinical Audit / S. A. Hales, M. Di Simplicio, L. Iyadurai [et al.]. – Text : visual // *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. – 2018. – Vol. 46, № 6. – P. 706-725.

120. Imagining the Future to Reshape the Past: A Path to Combine Cue Extinction and Memory Reconsolidation With Episodic Foresight for Addiction Treatment / P. Rafei, T. Rezapour, W. K. Bickel, H. Ekhtiari. – Text : visual // *Frontiers in Psychiatry*. – 2021. – Vol. 12. – P. 692645.

121. Impaired Specificity of Future Thinking in Alcohol Use Disorders / M. El Haj, A. Moustafa, P. Aïssata [et al.]. – Text : visual // *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. – 2019. – Vol. 43.

122. Impulsivity as a vulnerability factor for poor addiction treatment outcomes: A review of neurocognitive findings among individuals with substance use disorders / L. Stevens, A. Verdejo-García, A. E. Goudriaan [et al.]. – Text : visual // *Journal of Substance Abuse Treatment*. – 2014. – Vol. 47, № 1. – P. 58-72.

123. Ingvar, D. H. “Memory of the future”: an essay on the temporal organization of conscious awareness / D. H. Ingvar. – Text : visual // *Human Neurobiology*. – 1985. – Vol. 4, № 3. – P. 127-136.

124. Herman, A. M. Interoception Within the Context of Impulsivity and Addiction / A. M. Herman - Text : electronic (date accessed: 11.06.2024). // *Current Addiction Reports*. – 2023. – Vol. 10. – P. 97-106.

125. Is Doubling Up on Positive Future Cognitions Associated with Lower Suicidal Risk in Latinos?: A Look at Hope and Positive Problem Orientation / E. C. Chang, E. A. Yu, E. R. Kahle [et al.]. – Text : visual // *Cognitive Therapy and Research*. – 2013. – Vol. 37, № 6. – P. 1285-1293.

126. Junker, C. Introduction. The Interview as Genre: Notes on Form, Praxeology, and Epistemology / C. Junker. – Text : electronic // *Inspecting the Interview* / ed. C. Junker. – De Gruyter, 2024. – Introduction. The Interview as Genre. – P. IX-XXVIII. – URL: <https://www.degruyter.com/document/doi/10.1515/9783111086484-001/html> (date accessed: 31.08.2024).

127. Kealy, D. Shame, guilt, and suicidal thoughts: The interaction matters / D. Kealy, M. S. Treeby, S. M. Rice. – Text : visual // *The British Journal of Clinical Psychology*. – 2021. – Vol. 60, № 3. – P. 414-423.

128. Kirtley, O. Future-Oriented Constructs and Their Role in Suicidal Ideation and Enactment / O. Kirtley, A. Melson, R. O'Connor. – 2018. – P. 17-36. – Text : visual.

129. Koob, G. F. Neurobiology of addiction: a neurocircuitry analysis / G. F. Koob, N. D. Volkow. – Text : visual // *The Lancet. Psychiatry*. – 2016. – Vol. 3, № 8. – P. 760-773.

130. Levin, M. The Computational Boundary of a “Self”: Developmental Bioelectricity Drives Multicellularity and Scale-Free Cognition / M. Levin. – Text : visual // *Frontiers in Psychology*. – 2019. – Vol. 10. – P. 2688.

131. Lewin, K. Vorsatz, Wille und Bedürfnis / K. Lewin. – Text : visual // *Psychologische Forschung*. – 1926. – Vol. 7, № 1. – P. 330-385.

132. Living alone, loneliness and lack of emotional support as predictors of suicide and self-harm: A nine-year follow up of the UK Biobank cohort / R. J. Shaw, B. Cullen, N. Graham [et al.]. – Text : visual // *Journal of Affective Disorders*. – 2021. – Vol. 279. – P. 316-323.

133. MacLeod, A. K. Anxiety, depression, and the anticipation of future positive and negative experiences. / A. K. MacLeod, A. Byrne. – Text : visual // *Journal of Abnormal Psychology*. – 1996. – Vol. 105, № 2. – P. 286-289.

134. MacLeod, A. K. Well-being and positive future thinking for the self versus

others / A. K. MacLeod, C. Conway. – Text : visual // *Cognition and Emotion*. – 2007. – Vol. 21, № 5. – P. 1114-1124.

135. Madore, K. P. Constructive episodic simulation: dissociable effects of a specificity induction on remembering, imagining, and describing in young and older adults / K. P. Madore, B. Gaesser, D. L. Schacter. – Text : visual // *Journal of Experimental Psychology. Learning, Memory, and Cognition*. – 2014. – Vol. 40, № 3. – P. 609-622.

136. McHugh, R. K. Cognitive behavioral therapy for substance use disorders / R. K. McHugh, B. A. Hearon, M. W. Otto. – Text : visual // *The Psychiatric Clinics of North America*. – 2010. – Vol. 33, № 3. – P. 511-525.

137. Mennies, R. J. The relationship between executive functioning and repetitive negative thinking in youth: A systematic review of the literature / R. J. Mennies, L. C. Stewart, T. M. Olino. – Text : visual // *Clinical Psychology Review*. – 2021. – Vol. 88. – P. 102050.

138. Meta-analysis of day treatment and contingency-management dismantling research: Birmingham Homeless Cocaine Studies (1990-2006) / J. E. Schumacher, J. B. Milby, D. Wallace [et al.]. – Text : visual // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. – 2007. – Vol. 75, № 5. – P. 823-828.

139. Miller, W. R. Assessing drinkers' motivation for change: The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES). / W. R. Miller, J. S. Tonigan. – Text : visual // *Psychology of Addictive Behaviors*. – 1996. – Vol. 10, № 2. – P. 81-89.

140. Miller, W. R. *Motivational Interviewing: Fourth Edition: Helping People Change and Grow* / W. R. Miller, S. Rollnick. – 4-th ed. – New-York : 550 Seventh Avenue. – 2023. – 338 p. – Text : visual.

141. Morris, A. N. Episodic future thinking in drug addiction / A. N. Morris, M. El Haj, A. A. Moustafa. – Text : electronic // *Cognitive, Clinical, and Neural Aspects of Drug Addiction*. – Elsevier, 2020. – P. 187-204. – URL: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/B978012816979700008X> (date accessed: 16.01.2024).

142. Moszczynska, A. Current and Emerging Treatments for Methamphetamine Use Disorder / A. Moszczynska. – Text : visual // *Current Neuropharmacology*. – 2021. – Vol. 19, № 12. – P. 2077-2091.

143. Multiple Substance Use Disorders and Self-Reported Cognitive Function in U.S. Adults: Associations and Sex-Differences in a Nationally Representative Sample / Z. Bourgault, D. S. Rubin-Kahana, A. N. Hassan [et al.]. – Text : visual // *Frontiers in Psychiatry*. – 2022. – Vol. 12. – P. 797578.

144. Nan, X. How Thinking about the Future Affects Our Decisions in the Present: Effects of Time Orientation and Episodic Future Thinking on Responses to Health Warning Messages / X. Nan, Y. Qin. – Text : visual // *Human Communication Research*. – 2019. – Vol. 45, № 2. – P. 148-168.

145. Nandrino, J.-L. The grey future: Overgenerality of emotional future thinking in alcohol-use disorders / J.-L. Nandrino, M. El Haj. – Text : visual // *Drug and Alcohol Dependence*. – 2019. – Vol. 205. – P. 107659.

146. New Psychoactive Substances and Suicidality: A Systematic Review of the Current Literature / S. Chiappini, A. Mosca, A. Miuli [et al.]. – Text : visual // *Medicina*. – 2021. – Vol. 57, № 6. – P. 580.

147. New Psychoactive Substances and Suicidality: A Systematic Review of the Current Literature / S. Chiappini, A. Mosca, A. Miuli [et al.]. – Text : visual // *Medicina*. – 2021. – Vol. 57, № 6. – P. 580.

148. NIDA. Treatment Statistics. – Washington. – URL: <https://www.drugabuse.gov/publications/drugfacts/treatment-statistics> on 2017 (date accessed: 24.05.2024). – Text : electronic.

149. Non-pharmacological interventions for methamphetamine use disorder: a systematic review / P. V. AshaRani, A. Hombali, E. Seow [et al.]. – Text : visual // *Drug and Alcohol Dependence*. – 2020. – Vol. 212. – P. 108060.

150. Obert, J. Development and Dissemination of the Matrix Model. Matrix Model of Intensive Outpatient Treatment Intensive Outpatient Treatment / J. Obert, M. McCann, R. Rawson. – Text : visual // *Springer*. – 2015. – P. 961-971.

151. Obsessive-compulsive disorder induced by psychostimulants, synthetic

cathinones, or cocaine: a systematic review / I. A. Fedotov, B. Yu. Volodin [et al.]. – Text : visual // Vestnik nevrologii, psikiatrii i neirohirurgii (Bulletin of Neurology, Psychiatry and Neurosurgery). – 2023. – № 6. – P. 398-407.

152. O'Connor, R. C. Hopelessness: The role of depression, future directed thinking and cognitive vulnerability / R. C. O'Connor, H. Connery, W. M. Cheyne. – Text : visual // Psychology, Health & Medicine. – 2000. – Vol. 5, № 2. – P. 155-161.

153. O'Connor, R. C. Looking to the Future: A Synthesis of New Developments and Challenges in Suicide Research and Prevention / R. C. O'Connor, G. Portzky. – Text : visual // Frontiers in Psychology. – 2018. – Vol. 9. – P. 2139.

154. O'Connor, R. C. Intrapersonal positive future thinking predicts repeat suicide attempts in hospital-treated suicide attempters / R. C. O'Connor, R. Smyth, J. M. G. Williams. – Text : visual // Journal of Consulting and Clinical Psychology. – 2015. – Vol. 83, № 1. – P. 169-176.

155. Oliveira, P. M. D. S. Synthetic Cannabis Analogues and Suicidal Behavior: Case Report / P. M. D. S. Oliveira, A. S. F. Morais, N. G. G. F. Madeira. – Text : visual // Journal of Addiction Medicine. – 2017. – Vol. 11, № 5. – P. 408-410.

156. On the role of impulsivity and decision-making in suicidal behavior / Y. Gvion, Y. Levi-Belz, G. Hadlaczky, A. Apter. – Text : visual // World Journal of Psychiatry. – 2015. – Vol. 5, № 3. – P. 255-259.

157. Ordak, M. The problem of mephedrone in Europe: Causes and suggested solutions / M. Ordak, T. Nasierowski, M. Bujalska-Zadrozny. – Text : visual // European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists. – 2019. – Vol. 55. – P. 43-44.

158. Ordak, M. The growing problem of mephedrone use in Warsaw, Poland, 2010-18 / M. Ordak, T. Nasierowski, E. Muszynska. – Text : visual // The Lancet. Psychiatry. – 2018. – Vol. 5, № 10. – P. 787.

159. Parasuicide, depression and the anticipation of positive and negative future experiences / A. K. MacLeod, B. Pankhania, M. Lee, D. Mitchell. – Text : visual // Psychological Medicine. – 1997. – Vol. 27, № 4. – P. 973-977.

160. Patel, H. Acute and extended exposure to episodic future thinking in a

treatment seeking addiction sample: A pilot study / H. Patel, M. Amlung. – Text : visual // Journal of Substance Abuse Treatment. – 2020. – Vol. 116. – P. 108046.

161. Patton, J. H. Factor structure of the barratt impulsiveness scale / J. H. Patton, M. S. Stanford, E. S. Barratt. – Text : visual // Journal of Clinical Psychology. – 1995. – Vol. 51, № 6. – P. 768-774.

162. Petry, N. M. Contingency management: what it is and why psychiatrists should want to use it / N. M. Petry. – Text : visual // The Psychiatrist. – 2011. – Vol. 35, № 5. – P. 161-163.

163. Pharmacotherapy for methamphetamine/amphetamine use disorder-a systematic review and meta-analysis / B. Chan, M. Freeman, K. Kondo [et al.]. – Text : visual // Addiction (Abingdon, England). – 2019. – Vol. 114, № 12. – P. 2122-2136.

164. Picture Yourself at the Polls: Visual Perspective in Mental Imagery Affects Self-Perception and Behavior / L. K. Libby, E. M. Shaeffer, R. P. Eibach, J. A. Slemmer. – Text : visual // Psychological Science. – 2007. – Vol. 18, № 3. – P. 199-203.

165. Polskaya, N. A. Emotion Dysregulation in the Structure of Self-Injurious Behavior / N. A. Polskaya. – Text : visual // Counseling Psychology and Psychotherapy. – 2018. – Vol. 26, № 4. – P. 65-82.

166. Poor social integration and suicide: fact or artifact? A case-control study / P. R. Duberstein, Y. Conwell, K. R. Conner [et al.]. – Text : visual // Psychological Medicine. – 2004. – Vol. 34, № 7. – P. 1331-1337.

167. Positivity bias in past and future episodic thinking: Relationship with anxiety, depression, and retrieval-induced forgetting / L. Marsh, T. Edgington, M. Conway, C. Loveday. – Text : visual // Quarterly Journal of Experimental Psychology. – 2019. – Vol. 72, № 3. – P. 508-522.

168. Practicing prospection promotes patience: Repeated episodic future thinking cumulatively reduces delay discounting / A. M. Mellis, S. E. Snider, H. U. Deshpande [et al.]. – Text : visual // Drug and Alcohol Dependence. – 2019. – Vol. 204. – P. 107507.

169. Predictors of 12-Step Attendance and Participation for Individuals With Stimulant Use Disorders / M. Hatch-Maillette, E. A. Wells, S. R. Doyle [et al.]. – Text : visual // Journal of Substance Abuse Treatment. – 2016. – Vol. 68. – P. 74-82.

170. Problem Solving Deteriorates Following Mood Challenge in Formerly Depressed Patients With a History of Suicidal Ideation. / J. M. G. Williams, T. Barnhofer, C. Crane, A. T. Beck. – Text : visual // *Journal of Abnormal Psychology*. – 2005. – Vol. 114, № 3. – P. 421-431.

171. Psychometric Properties and Factor Structure of the Russian Version of the Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES) / S. G. Klimanova, A. V. Trusova, A. S. Kiselev [et al.]. – Text : visual // *Counseling Psychology and Psychotherapy*. – 2018. – Vol. 26, № 3. – P. 80-104.

172. Psychopathology and episodic future thinking: A systematic review and meta-analysis of specificity and episodic detail / D. J. Hallford, D. W. Austin, K. Takano, F. Raes. – Text : visual // *Behaviour Research and Therapy*. – 2018. – Vol. 102. – P. 42-51.

173. Punzi, E. Research Interviews as Interaction and Therapeutic Possibility: A Relational Psychoanalytic Approach / E. Punzi. – Text : electronic // *Inspecting the Interview* / ed. C. Junker. – De Gruyter, 2024. – Research Interviews as Interaction and Therapeutic Possibility. – P. 161-176. – URL: <https://www.degruyter.com/document/doi/10.1515/9783111086484-010/html> (date accessed: 31.08.2024).

174. Pyszkowska, A. Deviations from the balanced time perspective, cognitive fusion, and self-compassion in individuals with or without a depression diagnosis: different mean profiles but common links to depressive symptoms / A. Pyszkowska, E. Åström, M. Rönnlund. – Text : visual // *Frontiers in Psychology*. – 2024. – Vol. 14. – P. 1290676.

175. Ramey, T. Cognitive Impairment in Substance Use Disorders / T. Ramey, P. S. Regier. – Text : visual // *CNS spectrums*. – 2019. – Vol. 24, № 1. – P. 102.

176. Rasmussen, K. A. The role of optimism in the interpersonal-psychological theory of suicidal behavior / K. A. Rasmussen, L. R. Wingate. – Text : visual // *Suicide and Life-Threatening Behavior*. – 2011. – Vol. 41, № 2. – P. 137-148.

177. Recovery of neurocognitive functions following sustained abstinence after substance dependence and implications for treatment / M. H. J. Schulte, J. Cousijn, T. E. Den Uyl [et al.]. – Text : visual // *Clinical Psychology Review*. – 2014. – Vol. 34, № 7.

– P. 531-550.

178. Reinforcer Pathology: Implications for Substance Abuse Intervention / W. K. Bickel, L. N. Athamneh, S. E. Snider [et al.]. – Text : electronic // Recent Advances in Research on Impulsivity and Impulsive Behaviors : Current Topics in Behavioral Neurosciences / eds. H. De Wit, J. D. Jentsch. – Cham : Springer International Publishing, 2020. – Vol. 47. – P. 139-162. – URL: http://link.springer.com/10.1007/7854_2020_145 (date accessed: 16.01.2024).

179. Relating Compulsivity and Impulsivity With Severity of Behavioral Addictions: A Dynamic Interpretation of Large-Scale Cross-Sectional Findings / Z. Demetrovics, W. van den Brink, B. Paksi [et al.]. – Text : visual // Frontiers in Psychiatry. – 2022. – Vol. 13. – P. 831992.

180. Remission from substance use disorders: A systematic review and meta-analysis / M.-J. Fleury, A. Djouini, C. Huỳnh [et al.]. – Text : visual // Drug and Alcohol Dependence. – 2016. – Vol. 168. – Remission from substance use disorders. – P. 293-306.

181. Repeated stimulation of the dorsolateral-prefrontal cortex improves executive dysfunctions and craving in drug addiction: A randomized, double-blind, parallel-group study / J. Alizadehgoradel, V. Nejati, F. Sadeghi Movahed [et al.]. – Text : visual // Brain Stimulation. – 2020. – Vol. 13, № 3. – P. 582-593.

182. Risk factors for suicide in psychiatric outpatients: A 20-year prospective study / G. K. Brown, A. T. Beck, R. A. Steer, J. R. Grisham. – Text : visual // Journal of Consulting and Clinical Psychology. – 2000. – Vol. 68, № 3. – P. 371-377.

183. Rogers, C. R. The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. / C. R. Rogers. – Text : visual // Journal of Consulting Psychology. – 1957. – Vol. 21, № 2. – P. 95-103.

184. Rossetto, K. R. Qualitative research interviews: Assessing the therapeutic value and challenges / K. R. Rossetto. – Text : visual // Journal of Social and Personal Relationships. – 2014. – Vol. 31, № 4. – P. 482-489.

185. Rutherford, B. R. Expectancy and the Treatment of Depression: A Review of Experimental Methodology and Effects on Patient Outcome / B. R. Rutherford, T. D.

Wager, S. P. Roose. – Text : visual // Current psychiatry reviews. – 2010. – Vol. 6, № 1. – P. 1-10.

186. Ryan, R. M. Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being / R. M. Ryan, E. L. Deci. – Text : visual // The American Psychologist. – 2000. – Vol. 55, № 1. – P. 68-78.

187. Sarkhel, S. Clinical Practice Guidelines for Management of Suicidal Behaviour / S. Sarkhel, V. Vijayakumar, L. Vijayakumar. – Text : visual // Indian Journal of Psychiatry. – 2023. – Vol. 65, № 2. – P. 124-130.

188. Schacter, D. L. The cognitive neuroscience of constructive memory: remembering the past and imagining the future / D. L. Schacter, D. R. Addis. – Text : visual // Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences. – 2007. – Vol. 362, № 1481. – P. 773-786.

189. Schacter, D. L. Episodic future thinking: mechanisms and functions / D. L. Schacter, R. G. Benoit, K. K. Szpunar. – Text : visual // Current Opinion in Behavioral Sciences. – 2017. – Vol. 17. – P. 41-50.

190. Schizophrenia Spectrum Disorders Show Reduced Specificity and Less Positive Events in Mental Time Travel / X. Chen, L. Liu, J. Cui [et al.]. – Text : visual // Frontiers in Psychology. – 2016. – Vol. 7. – P. 1121.

191. Schneider, S. The effects of surrounding positive and negative experiences on risk taking / S. Schneider, S. Kauffman, A. Ranieri. – Text : visual // Judgment and Decision Making. – 2016. – Vol. 11, № 5. – P. 424-440.

192. Shustov, D. I. The social relationships of suicidal individuals: A neglected issue / D. I. Shustov, O. D. Tuchina, D. Lester. – Text : visual // The End of Suicidology: Can We Ever Understand Suicide?, 2019. – P. 127-133. – EDN AHPOBN.

193. Snider, S. E. Episodic Future Thinking: Expansion of the Temporal Window in Individuals with Alcohol Dependence / S. E. Snider, S. M. LaConte, W. K. Bickel. – Text : visual // Alcoholism: Clinical and Experimental Research. – 2016. – Vol. 40, № 7. – P. 1558-1566.

194. Social connectedness and suicidal ideation: the roles of perceived burdensomeness and thwarted belongingness in the distress to suicidal ideation pathway

/ P. R. Gill, M. Arena, C. Rainbow [et al.]. – Text : visual // BMC Psychology. – 2023. – Vol. 11, № 1. – P. 312.

195. Spagnolo, P. A. The Role of Expectation in the Therapeutic Outcomes of Alcohol and Drug Addiction Treatments / P. A. Spagnolo, L. Colloca, M. Heilig. – Text : visual // Alcohol and Alcoholism (Oxford, Oxfordshire). – 2015. – Vol. 50, № 3. – P. 282-285.

196. Steele, C. M. Alcohol myopia. Its prized and dangerous effects / C. M. Steele, R. A. Josephs. – Text : visual // The American Psychologist. – 1990. – Vol. 45, № 8. – P. 921-933.

197. Stimulant use in suicides: A systematic review / D. Mantinieks, J. Schumann, O. H. Drummer [et al.]. – Text : visual // Forensic Science International. – 2022. – Vol. 338. – P. 111391.

198. Studying personal future prospects in addiction disorders: drug dependence versus pathological gambling / O. D. Tuchina, L. R. Kiatrova, A. R. Pinegin [et al.]. – Text : visual // XXX international scientific conference empirical studies in psychology. – Belgrade, 2024. – P. 150.

199. Substance use disorder and lifetime suicidal behaviour: A scoping review / L. Leza, B. Haro, J. J. López-Goñi, J. Fernández-Montalvo. – Text : visual // Psychiatry Research. – 2024. – Vol. 334. – P. 115830.

200. Substance use disorders and anxiety: a treatment challenge for social workers / K. T. Brady, L. F. Haynes, K. J. Hartwell, T. K. Killeen. – Text : visual // Social Work in Public Health. – 2013. – Vol. 28, № 3-4. – P. 407-423.

201. Substance use disorders and risk of suicide in a general US population: a case control study / F. L. Lynch, E. L. Peterson, C. Y. Lu [et al.]. – Text : visual // Addiction Science & Clinical Practice. – 2020. – Vol. 15, № 1. – P. 14.

202. Suicidal Behavior and Club Drugs in Young Adults / G. Martinotti, S. Schiavone, A. Negri [et al.]. – Text : visual // Brain Sciences. – 2021. – Vol. 11, № 4. – P. 490.

203. Suicidal ideation and time perspective in high school students / F. Laghi, R. Baiocco, M. D'Alessio, G. Gurrieri. – Text : visual // European Psychiatry: The Journal

of the Association of European Psychiatrists. – 2009. – Vol. 24, № 1. – P. 41-46.

204. Suicidal Imagery in Borderline Personality Disorder and Major Depressive Disorder / K. Schultebrucks, M. Duesenberg, M. Di Simplicio [et al.]. – Text : visual // Journal of Personality Disorders. – 2020. – Vol. 34, № 4. – P. 546-564.

205. Suicide Risk and Addiction: The Impact of Alcohol and Opioid Use Disorders / M. M. Rizk, S. Herzog, S. Dugad, B. Stanley. – Text : visual // Current Addiction Reports. – 2021. – Vol. 8, № 2. – P. 194-207.

206. Systematic review of prospective studies investigating “remission” from amphetamine, cannabis, cocaine or opioid dependence / B. Calabria, L. Degenhardt, C. Briegleb [et al.]. – Text : visual // Addictive Behaviors. – 2010. – Vol. 35, № 8. – P. 741-749.

207. Szpunar, K. Evidence for an implicit influence of memory on future thinking / K. Szpunar. – Text : visual // Memory & cognition. – 2010. – Vol. 38. – P. 531-40.

208. Szpunar, K. K. Episodic Future Thought: An Emerging Concept / K. K. Szpunar. – Text : visual // Perspectives on Psychological Science: A Journal of the Association for Psychological Science. – 2010. – Vol. 5, № 2. – P. 142-162.

209. Szpunar, K. K. Cognitive approaches to the study of episodic future thinking / K. K. Szpunar, G. A. Radvansky. – Text : visual // Quarterly Journal of Experimental Psychology. – 2016. – Vol. 69, № 2. – P. 209-216.

210. Szpunar, K. K. A taxonomy of prospection: Introducing an organizational framework for future-oriented cognition / K. K. Szpunar, R. N. Spreng, D. L. Schacter. – Text : visual // Proceedings of the National Academy of Sciences. – 2014. – Vol. 111, № 52. – P. 18414-18421.

211. Targeting Perceived Burdensomeness to Reduce Suicide Risk : An Experimental Therapeutics Focus on Novel Mechanistic Targets in Cognitive Behavioral Treatments / A. Lieberman, A. R. Gai, M. L. Rogers [et al.]. – Text : visual // Behavior Therapy. – 2023. – Vol. 54, № 4. – P. 696-707.

212. Terpin, M. Correction: Uncertainty salience reduces the accessibility of episodic future thoughts / M. Terpin, A. D'Argembeau. – Text : visual // Psychological Research. – 2024. – Vol. 88. – P. 1.

213. The impact of impulsivity on cocaine use and retention in treatment / F. G. Moeller, D. M. Dougherty, E. S. Barratt [et al.]. – Text : visual // *Journal of Substance Abuse Treatment*. – 2001. – Vol. 21, № 4. – P. 193-198.

214. The Interpersonal Needs Questionnaire: Statistical Considerations for Improved Clinical Application / S. M. Mitchell, S. L. Brown, J. F. Roush [et al.]. – Text : visual // *Assessment*. – 2019. – P. 1073191118824660.

215. The Interpersonal Theory of Suicide / K. A. Van Orden, T. K. Witte, K. C. Cukrowicz [et al.]. – Text : visual // *Psychological review*. – 2010. – Vol. 117, № 2. – P. 575-600.

216. The Interpersonal Theory of Suicide: A Systematic Review and Meta-Analysis of a Decade of Cross-National Research / C. Chu, J. M. Buchman-Schmitt, I. H. Stanley [et al.]. – Text : visual // *Psychological bulletin*. – 2017. – Vol. 143, № 12. – P. 1313-1345.

217. The measurement of pessimism: the hopelessness scale / A. T. Beck, A. Weissman, D. Lester, L. Trexler. – Text : visual // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. – 1974. – Vol. 42, № 6. – P. 861-865.

218. The Mediating Role of Time Perspective in the Relationship between Chronotype and Suicide in Bipolar Disorder / M. O. Karaytuğ, L. Tamam, M. E. Demirkol [et al.]. – Text : visual // *Behavioral Sciences*. – 2022. – Vol. 12, № 12. – P. 492.

219. The neurobiology of impulsivity and substance use disorders: implications for treatment / K. Kozak, A. M. Lucatch, D. J. E. Lowe [et al.]. – Text : visual // *Annals of the New York Academy of Sciences*. – 2019. – Vol. 1451, № 1. – P. 71-91.

220. The Psychiatric Characteristics of People on a Mephedrone (“bath salts”) Binge / M. Ordak, T. Nasierowski, E. Muszynska, M. Bujalska-Zadrozny. – Text : visual // *Substance Use & Misuse*. – 2020. – Vol. 55, № 10. – P. 1610-1617.

221. The Psychoactive Designer Drug and Bath Salt Constituent MDPV Causes Widespread Disruption of Brain Functional Connectivity / L. M. Colon-Perez, K. Tran, K. Thompson [et al.]. – Text : visual // *Neuropsychopharmacology: Official Publication of the American College of Neuropsychopharmacology*. – 2016. – Vol. 41, № 9. – P. 2352-2365.

222. The role of genetic factors in the development of suicidal behavior in individuals with dependence on synthetic cathinones / A. E. Gareeva, U. G. Badretdinov, E. A. Akhmetova [et al.]. – Text : visual // *Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova*. – 2020. – Vol. 120, № 10. – P. 69.

223. The specificity of autobiographical memory and imageability of the future / J. M. G. Williams, N. C. Ellis, C. Tyers [et al.]. – Text : visual // *Memory & Cognition*. – 1996. – Vol. 24, № 1. – P. 116-125.

224. The Therapeutic Interview Process in Qualitative Research Studies / J. Nelson, A. Onwuegbuzie, L. Wines, R. Frels. – Text : electronic // *The Qualitative Report*. – 2015. – Vol. 18. – P. 1-17. – URL: <https://nsuworks.nova.edu/tqr/vol18/iss40/1/> (date accessed: 31.08.2024).

225. Thorstad, R. A big data analysis of the relationship between future thinking and decision-making / R. Thorstad, P. Wolff. – Text : visual // *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*. – 2018. – Vol. 115, № 8. – P. E1740-E1748.

226. Thwarted belongingness and perceived burdensomeness: construct validity and psychometric properties of the Interpersonal Needs Questionnaire / K. A. Van Orden, K. C. Cukrowicz, T. K. Witte, T. E. Joiner. – Text : visual // *Psychological Assessment*. – 2012. – Vol. 24, № 1. – P. 197-215.

227. Transcranial DC stimulation modifies functional connectivity of large-scale brain networks in abstinent methamphetamine users / A. Shahbabaie, M. Ebrahimipoor, A. Hariri [et al.]. – Text : visual // *Brain and Behavior*. – 2018. – Vol. 8, № 3. – P. e00922.

228. Treatment of stimulant use disorder: A systematic review of reviews / C. Ronsley, S. Nolan, R. Knight [et al.]. – Text : visual // *PLoS ONE*. – 2020. – Vol. 15, № 6. – P. e0234809.

229. Tuchina, O. D. Reflecting on Life Script, Related Unconscious Beliefs, and Future Projections as a Factor of Remission Duration in Male Patients With Alcohol Dependence / O. D. Tuchina, T. V. Agibalova, D. I. Shustov. – Text : visual // *Counseling Psychology and Psychotherapy*. – 2021. – Vol. 29, № 3. – P. 116-139.

230. Tulving, E. On the uniqueness of episodic memory / E. Tulving. – Text : visual

// Cognitive Neuroscience of Memory / Eds. L.G. Nilsson, H.J. Markowitsch. – Germany: Hogrefe & Huber Publishers. – 1999. – P. 11-42.

231. Using expectation violation models to improve the outcome of psychological treatments / W. Rief, M. F. J. Sperl, K. Braun-Koch [et al.]. – Text : visual // Clinical Psychology Review. – 2022. – Vol. 98. – P. 102212.

232. Volkow, N. D. Neurobiologic Advances from the Brain Disease Model of Addiction / N. D. Volkow, G. F. Koob, A. T. McLellan. – Text : visual // The New England Journal of Medicine. – 2016. – Vol. 374, № 4. – P. 363-371.

233. Voss, A. T. Episodic future thinking as a brief alcohol intervention for heavy drinking college students: A pilot feasibility study / A. T. Voss, M. K. Jorgensen, J. G. Murphy. – Text : visual // Experimental and Clinical Psychopharmacology. – 2022. – Vol. 30, № 3. – P. 313-325.

234. Wachterhauser, B. R. Hermeneutics and Modern Philosophy / B. R. Wachterhauser. – Text : electronic // State University of New York Press, 1986. – 516 p.

235. Wagner, M. F. Levels of impulsivity in individuals with cannabis use disorder / M. F. Wagner, C. R. D. Oliveira, L. H. Paloski. – Text : electronic // Trends in Psychiatry and Psychotherapy. – Vol. 44. – 2022. – URL: <https://www.scielo.br/j/trends/a/tKB849z94G7dGWYnbz9KHnv/?lang=en> (date accessed: 28.05.2024).

236. Wampold, B. E. How important are the common factors in psychotherapy? An update / B. E. Wampold. – Text : visual // World Psychiatry. – 2015. – Vol. 14, № 3. – P. 270-277.

237. Weber, T. A Beginner's Guide to the Problem-Oriented First Family Interview / T. Weber, J. E. McKeever, S. H. McDaniel. – Text : visual // Family Process. – 1985. – Vol. 24, № 3. – P. 357-364.

238. Weissman, A. N. Drug abuse, hopelessness, and suicidal behavior / A. N. Weissman, A. T. Beck, M. Kovacs. – Text : visual // The International Journal of the Addictions. – 1979. – Vol. 14, № 4. – P. 451-464.

239. Wilcox, H. C. Association of alcohol and drug use disorders and completed

suicide: an empirical review of cohort studies / H. C. Wilcox, K. R. Conner, E. D. Caine. – Text : visual // Drug and Alcohol Dependence. – 2004. – Vol. 76, P. S11-S19.

240. Williams, J. M. Autobiographical memory in suicide attempters / J. M. Williams, K. Broadbent. – Text : visual // Journal of Abnormal Psychology. – 1986. – Vol. 95, № 2. – P. 144-149.

241. Zimbardo, P. G. Putting time in perspective: A valid, reliable individual-differences metric. / P. G. Zimbardo, J. N. Boyd. – Text : visual // Journal of Personality and Social Psychology. – 1999. – Vol. 77, № 6. – P. 1271-1288.

242. Miller, W. R. The evolution of motivational interviewing / W. R. Miller. – Text : visual // Behavioural and Cognitive Psychotherapy. – 2023. – Vol. 51, № 6. – C. 616-632.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение А

Алгоритм клинического обследования пациентов с синдромом зависимости от психостимуляторов

Социо-демографические данные

1. ФИО: _____
2. Пол: _____
3. Дата рождения, полных лет: _____
4. Образование: _____
5. Место работы: _____
6. Семейное положение: _____
7. Дети: _____
8. Судимость: _____

Анамнез заболевания

1. Возраст первого употребления ПАВ: _____
2. Вид ПАВ, пути употребления: _____
3. Систематическое употребление с _____ лет
4. Светлые промежутки до _____ месяцев
5. Синдром отмены: сформирован/формируется/не сформирован
6. Эффекты ПАВ: _____
7. Наличие психотической симптоматики
 - a. в клинике интоксикации _____
 - b. в клинике синдрома отмены _____
8. Сопутствующие психические расстройства _____

Приложение Б

Опросник: Влияние будущих событий

Назовите, пожалуйста, **три будущих события**, о которых вы думали, представляя себе их ход в течение последних 7 дней (например, позитивные ситуации или создающие напряжение). Для каждого события укажите, было ли ваше представление о нем позитивным или негативным, обведя соответствующий вариант ответа ниже.

1.

_____ (Положительное/отрицательное)

2.

_____ (Положительное/отрицательное)

3.

_____ (Положительное/отрицательное)

Ниже приведены комментарии, которые делают люди, представляя события будущего. Пожалуйста, прочитайте каждый пункт и укажите, в какой степени каждый комментарий точно описывал именно ваши ощущения в течение последних 7 дней в связи с представлением вами будущих событий. Если указанные мысли и ощущения не были свойственны вам в течение этого периода, пожалуйста, обведите кружком ответ "нет".

Пожалуйста, обведите ответ, наиболее близкий к тому, что вы чувствовали в последние 7 дней в отношении предстоящих жизненных событий	Нет	Немного	Умеренно	Достаточно ощутимо	Очень сильно
1. Я верил, что мои мысли о будущем обязательно сбудутся и станут	0	1	2	3	4

реальностью					
2. Мне было сложно спать, не просыпаясь	0	1	2	3	4
3. Некоторые вещи побуждали меня думать о будущем	0	1	2	3	4
4. Я чувствовал раздражительность и злость	0	1	2	3	4
5. Я не позволял себе поддаваться эмоциям, когда думал о будущем или когда мне напоминали о нем	0	1	2	3	4
6. Я думал о будущем, когда не намеревался этого делать	0	1	2	3	4
7. Любые напоминания вызывали чувства, связанные с будущими событиями	0	1	2	3	4
8. Я старался избегать напоминаний о будущем	0	1	2	3	4
9. В голове всплывали картины будущего	0	1	2	3	4
10. Я был на взводе и легко пугался	0	1	2	3	4
11. Я старался не думать о будущем	0	1	2	3	4
12. Я осознавал, что испытываю много чувств в отношении будущего, но я не разбирался с ними	0	1	2	3	4
13. Мои чувства по поводу будущего были несколько притупленными	0	1	2	3	4
14. Я ощущал, что веду	0	1	2	3	4

себя или чувствую себя так, как будто будущие события происходили бы на самом деле					
15. Мне было сложно заснуть	0	1	2	3	4
16. На меня волнами накатывали сильные чувства по поводу будущего	0	1	2	3	4
17. Я старался исключить мысли о будущем из своего сознания	0	1	2	3	4
18. У меня были проблемы с концентрацией	0	1	2	3	4
19. Напоминание о будущем вызывало у меня физические реакции, такие как потливость, учащенное дыхание или учащенное сердцебиение	0	1	2	3	4
20. Мне снились сны о будущем	0	1	2	3	4
21. Я чувствовал бдительность и настороженность	0	1	2	3	4
22. Я старался не говорить о будущем	0	1	2	3	4
23. Я чувствовал воодушевление и возбуждение	0	1	2	3	4
24. Я чувствовал ликование и оптимизм	0	1	2	3	4

Приложение В

Алгоритм полуструктурированного интервью, активирующее перспективное мышление

Краткий вариант ИАПМ состоит в обсуждении 24 вопросов:

1. Верите ли вы, что ваши мысли о будущем обязательно сбудутся и станут реальностью?
2. Было ли вам сложно спать не просыпаясь в последние 7 дней?
3. Побуждали ли вас некоторые вещи думать о будущем?
4. Чувствовали ли вы раздражительность и злость в последние 7 дней?
5. Не позволяли ли вы себе поддаваться эмоциям, когда думали о будущем или когда вам напоминали о нем?
6. Думали ли вы о будущем, когда не намеревались этого делать?
7. Вызывали ли у вас любые напоминания чувства, связанные с будущими событиями?
8. Старайтесь ли вы избегать напоминаний о будущем?
9. Всплывали ли в вашей голове картины будущего?
10. Были ли вы на взводе и легко пугались в последние 7 дней?
11. Старайтесь ли вы не думать о будущем?
12. Осознавали ли вы, что испытываете много чувств в отношении будущего, но не разбирались с ними?
13. Были ли ваши чувства по поводу будущего несколько притупленными?
14. Ощущали ли вы, что ведете себя или чувствуете себя так, как будто будущие события происходили бы на самом деле?
15. Было ли вам сложно заснуть в последние 7 дней?
16. Накатывали ли на вас волнами сильные чувства по поводу будущего?
17. Старайтесь ли вы исключить мысли о будущем из своего сознания?
18. Были ли у вас проблемы с концентрацией в последние 7 дней?
19. Вызывало ли напоминание о будущем у вас физические реакции, такие как потливость, учащенное дыхание или учащенное сердцебиение?

20. Снились ли вам сны о будущем?
21. Чувствовали ли вы бдительность и настороженность в последние 7 дней?
22. Старайтесь ли вы не говорить о будущем?
23. Чувствовали ли вы воодушевление и возбуждение в последние 7 дней?
24. Чувствовали ли вы ликование и оптимизм в последние 7 дней?

Алгоритм работы с интервью и его обсуждение:

1. Верите ли вы, что ваши мысли о будущем обязательно сбудутся и станут реальностью?

Если ответ на вопрос «да», выясните, о каких именно мыслях идет речь, были ли они негативными или позитивными, сбылись ли эти мысли, как эти мысли могли повлиять на состояние. Были ли эти мысли связаны с употреблением и повлияли ли на него.

2. Было ли вам сложно спать не просыпаясь в последние 7 дней?

Если ответ на вопрос «да», уточните, с чем пациент связывает сложности со сном, как нарушения сна повлияли на его состояние.

3. Побуждали ли вас некоторые вещи думать о будущем?

Если ответ на вопрос «да», уточните, что именно побуждало пациента думать о будущем, были ли эти размышления позитивными или негативными. Выясните его реакцию и отношение к таким вещам, обсудите с пациентом особенности и причины его отношения к ним.

4. Чувствовали ли вы раздражительность и злость в последние 7 дней?

Если ответ на вопрос «да», выясните, с чем связаны раздражительность и злость, оцените способность пациента справляться с ними.

5. Не позволяли ли вы себе поддаваться эмоциям, когда думали о будущем или когда вам напоминали о нем?

Если ответ на вопрос «да», уточните, что именно имеет в виду пациент, про какие эмоции он говорит. Выясните, с чем связана, по его мнению такая реакция. Стимулируйте рефлекссию пациента на эту тему. Обсуждение этой темы может вызвать переживания у пациента, покажите ему свое понимание ситуации,

обеспечьте доверительную атмосферу беседы. Поощрите намерение пациента рефлексировать на тему вопроса.

6. Думали ли вы о будущем, когда не намеревались этого делать?

Если ответ на вопрос «да», уточните, при каких обстоятельствах это произошло, были ли такие мысли позитивными или негативными; соотносились ли они с ситуацией, в которой находился пациент, или они были отвлеченными. Обсудите с пациентом его стратегии мышления о будущем, выясните, не являются они дезадаптивными. Простимулируйте саморефлексию пациента в отношении своих паттернов мышления о будущем.

7. Вызывали ли у вас любые напоминания чувства, связанные с будущими событиями?

Если ответ на вопрос «да», уточните, о каких чувствах говорит пациент и его реакциях на эти чувства. Обсудите, какие конкретно события в будущем вызывают у пациента такие чувства и насколько интенсивно они переживаются. Выясните, каким образом эти чувства влияют на повседневную жизнь пациента и не препятствуют ли они его текущей активности.

8. Старайтесь ли вы избегать напоминаний о будущем?

Если ответ на вопрос «да», уточните, что именно пациент старается избегать и почему. Исследуйте, какие мысли или события ассоциируются у пациента с будущим и вызывают избегание. Обсудите, как это избегание сказывается на эмоциональном состоянии и поведении пациента. Рассмотрите возможные стратегии для уменьшения избегания.

9. Всплывали ли в вашей голове картины будущего?

Если ответ на вопрос «да», уточните, какие именно картины или образы появляются в голове пациента. Были ли эти картины позитивными, негативными или нейтральными? Обсудите, как часто возникают такие образы и какие эмоции они вызывают. Выясните, не являются ли эти образы навязчивыми и не мешают ли они пациенту сосредоточиться на текущих делах. Связаны ли такие образы с употреблением психостимуляторов. Если да, то уточните, всегда ли это приводит к потере контроля над употреблением. Стимулируйте рефлексию пациента на тему

связи таких интрузивных образов и связи с употреблением.

10. Были ли вы на взводе и легко пугались в последние 7 дней?

Если ответ на вопрос «да», уточните, с чем пациент связывает свою повышенную тревожность или пугливость. Обсудите, каким образом это состояние влияет на его повседневную жизнь и социальное взаимодействие. Оцените, как пациент справляется с этими чувствами и есть ли у него стратегии для их уменьшения.

11. Стараетесь ли вы не думать о будущем?

Если ответ на вопрос «да», уточните, почему пациент старается избегать мыслей о будущем. Какие именно мысли о будущем он избегает и что именно в них кажется угрожающим или неприятным. Обсудите, как избегание мыслей о будущем влияет на его эмоциональное состояние и повседневную жизнь. Обсудите с пациентом дезадаптивность избегания мышления о будущем, укажите на связь с употреблением психостимуляторов. Попросите пациента поразмышлять на тему того, что могло бы измениться в его жизни, если бы он предпочитал не избегать мыслей о будущем.

12. Осознавали ли вы, что испытываете много чувств в отношении будущего, но не разбирались с ними?

Если ответ на вопрос «да», обсудите, какие чувства пациент испытывает в отношении будущего, но избегает их осознания или проработки. Выясните, почему он не хочет разбираться с этими чувствами и как это влияет на его общее состояние. Обсудите возможные способы начать осознавать и разбираться с этими чувствами.

13. Были ли ваши чувства по поводу будущего несколько притупленными?

Если ответ на вопрос «да», уточните, какие именно чувства стали менее интенсивными и в какой степени. Выясните, с чем, по мнению пациента, связано притупление этих чувств. Обсудите, как это влияет на его способность планировать и представлять будущее.

14. Ощущали ли вы, что ведете себя или чувствуете себя так, как будто будущие события происходили бы на самом деле?

Если ответ на вопрос «да», уточните, какие конкретно события из будущего

пациент воспринимает как уже происходящие. Обсудите, какие эмоции и реакции это вызывает у пациента. Исследуйте, не мешает ли это восприятие будущего отличать реальные события от воображаемых, и как это влияет на его жизнь. Попробуйте прояснить связь с возможным употреблением психостимуляторов.

15. Было ли вам сложно заснуть в последние 7 дней?

Если ответ на вопрос «да», уточните, какие именно проблемы со сном испытывал пациент (трудности с засыпанием, частые пробуждения и т.д.). Обсудите, как это отражается на его общем состоянии и эмоциональном фоне. Выясните, не связаны ли проблемы со сном с тревогой о будущем.

16. Накатывали ли на вас волнами сильные чувства по поводу будущего?

Если ответ на вопрос «да», уточните, какие именно чувства возникают у пациента и с чем они связаны. Обсудите, насколько частыми и интенсивными были эти эмоциональные волны. Выясните, как пациент справляется с такими эмоциональными всплесками и как они влияют на его повседневную жизнь.

17. Стараетесь ли вы исключить мысли о будущем из своего сознания?

Если ответ на вопрос «да», уточните, почему пациент старается избегать мыслей о будущем и как он это делает. Обсудите, что происходит, когда он все-таки думает о будущем, и как это отражается на его состоянии. Уточните, старается ли пациент исключать мысли о возможном употреблении, если ранее он старался его прекратить. Вместе с пациентом оцените адаптивность такой стратегии мышления о будущем.

18. Были ли у вас проблемы с концентрацией в последние 7 дней?

Если ответ на вопрос «да», уточните, как именно проявляются эти проблемы с концентрацией. Обсудите, связаны ли они с мыслями о будущем или другими факторами. Выясните, как эти проблемы влияют на его способность выполнять повседневные задачи.

19. Вызывало ли напоминание о будущем у вас физические реакции, такие как потливость, учащенное дыхание или учащенное сердцебиение?

Если ответ на вопрос «да», уточните, какие именно физические реакции возникают у пациента. Обсудите, при каких обстоятельствах это происходит и

насколько эти реакции интенсивны. Выясните, как часто это случается и влияет ли это на его общее состояние.

20. Снились ли вам сны о будущем?

Если ответ на вопрос «да», уточните, какие именно сны снились пациенту, и как они воспринимались: позитивными, негативными или нейтральными. Обсудите, насколько часто снятся такие сны и как они влияют на его эмоциональное состояние по пробуждении.

21. Чувствовали ли вы бдительность и настороженность в последние 7 дней?

Если ответ на вопрос «да», уточните, с чем связана повышенная бдительность и настороженность пациента. Обсудите, насколько часто он испытывает эти чувства и как это влияет на его повседневную жизнь. Выясните, не связаны ли эти чувства с мыслями о будущем.

22. Старайтесь ли вы не говорить о будущем?

Если ответ на вопрос «да», уточните, почему пациент избегает говорить о будущем и какие темы он предпочитает не обсуждать. Обсудите, как это влияет на его взаимоотношения с окружающими и на общее состояние. Попросите пациента представить, какие изменения могли бы произойти с ним, если бы он не избегал разговоров о будущем. Покажите пациенту свое одобрение стремления рассуждать по этому вопросу.

23. Чувствовали ли вы воодушевление и возбуждение в последние 7 дней?

Если ответ на вопрос «да», уточните, какие события или мысли вызвали у пациента воодушевление и возбуждение. Обсудите, как это повлияло на его повседневную жизнь и отношения с окружающими. Выясните, являются ли эти чувства связаны с ожиданием будущего, с какими конкретными событиями.

24. Чувствовали ли вы ликование и оптимизм в последние 7 дней?

Если ответ на вопрос «да», уточните, что именно вызвало у пациента эти позитивные чувства. Обсудите, как долго они продолжались и как они повлияли на его общее состояние и поведение. Выясните, связаны ли эти чувства с конкретными ожиданиями или планами на будущее.

Подведите итог беседы, дайте пациенту время на обдумывание. Попросите пациента поделиться своими ощущениями от проведенной беседы, узнайте, какие выводы он сделал для себя, насколько это обсуждение было полезным. Определите дальнейшие намерения пациента: какие дальнейшие конкретные шаги он будет предпринимать. Поддержите пациента в его стремлении к изменению.

Приложение Г

Алгоритм стандартной наркологической беседы

1. Как и почему Вы впервые попробовали психостимуляторы?
2. Пробовали ли бросить употребление самостоятельно?
3. Употребляли ли Вы в одиночку? Почему?
4. Как долго удавалось самостоятельно воздерживаться от наркотиков?
5. Как Вам удавалось сохранять трезвость?
6. Почему срывались?
7. Как у Вас проявляется тяга к наркотикам?
8. Что Вы испытывали, когда оставались без наркотиков несколько дней?
9. Возникают ли у Вас суицидальные мысли во время употребления? А во время трезвости?
10. В каких ситуациях возникает тяга к наркотикам?
11. Какие мысли и чувства могут стать триггером к употреблению?
12. Наносили ли самоповреждения под действием наркотиков?
13. Что в большей степени мешает Вам сохранять трезвость?
14. Ощущаете ли Вы на своей жизни последствия употребления?
15. Совершали ли Вы суицидальные попытки под действием наркотиков?
16. Случались ли у Вас передозировки наркотиками? Намеренные или случайные?
17. Охотнее ли Вы совершаете рискованные поступки под действием наркотиков?
18. Как Вы считаете, есть ли у Вас проблемы с наркотиками?
19. Какое у Вас ожидание от лечения?
20. Используете ли другие виды наркотиков, чтобы снять проявления синдрома отмены?

Приложение Д

Характеристика аутоагрессии в общей выборке исследуемых пациентов (n=112), согласно данным опросника КПСН

№	Показатели	Абс. число утвердительных ответов	%
1.	Наблюдение у психиатра в анамнезе	34	30,4
2.	Суицидальные попытки	23	20,5
3.	Мысли о самоубийстве	54	48,2
4.	Тесный опыт общения с самоубийцей	22	19,6
5.	Длительное чувство вины	65	58,0
6.	Навязчивое чувство стыда	57	50,9
7.	Острое чувство одиночества	61	54,5
8.	Беспричинные эпизоды депрессии	51	45,5
9.	Ощущение безысходности	59	52,7
10.	Склонность к периодическим моментам переедания или отказу от пищи	55	49,1
11.	Физическое насилие в прошлом	26	23,2
12.	Нанесение самоповреждений	30	26,8
13.	Ощущение отсутствия какого-либо смысла в жизни	61	54,5
14.	Мучительные угрызения совести	55	49,1

Приложение Е

Опросник временной перспективы Зимбардо

Пожалуйста, прочитайте все предлагаемые пункты опросника и как можно более честно ответьте на вопрос: «Насколько это характерно или верно в отношении Вас?» Отметьте свой ответ в соответствующей ячейке, используя шкалу. Пожалуйста, ответьте на ВСЕ вопросы с обеих сторон листа.

Утверждение	1	2	3	4	5
1. Я считаю, что весело проводить время со своими друзьями – одно из важных удовольствий в жизни.					
2. Знакомые с детства картины, звуки, запахи часто приносят с собой поток замечательных воспоминаний.					
3. Судьба многое определяет в моей жизни.					
4. Я часто думаю о том, что я должен(-на) был(а) сделать в своей жизни иначе.					
5. На мои решения в основном влияют окружающие меня вещи и люди.					
6. Я считаю, что каждое утро человек должен планировать свой день.					
7. Мне приятно думать о своем прошлом.					
8. Я действую импульсивно.					
9. Я не беспокоюсь, если мне что-то не удастся сделать вовремя.					
10. Если я хочу достичь чего-то, я ставлю перед собой цели и размышляю над тем, какими средствами их достичь.					
11. Вообще говоря, в моих воспоминаниях о прошлом гораздо больше хорошего, чем плохого.					
12. Слушая свою любимую музыку, я часто забываю про время.					
13. Если завтра необходимо закончить (сдать) работу и предстоят другие важные дела, то сегодня я думаю о них, а не о развлечениях сегодняшнего вечера.					
14. Если уж чему-то суждено случиться, то от моих действий это не зависит.					
15. Мне нравятся рассказы о том, как все было в старые					

добрые времена.					
16. Болезненные переживания прошлого продолжают занимать мои мысли.					
17. Я стараюсь жить полной жизнью каждый день, насколько это возможно.					
18. Я расстраиваюсь, когда опаздываю на заранее назначенные встречи.					
19. В идеале, я бы прожил(а) каждый свой день так, словно он последний.					
20. Счастливые воспоминания о хороших временах с легкостью приходят в голову.					
21. Я вовремя выполняю свои обязательства перед друзьями и начальством.					
22. В прошлом мне досталась своя доля плохого обращения и отвержения.					
23. Я принимаю решения под влиянием момента.					
24. Я принимаю каждый день, каков он есть, не пытаюсь планировать его заранее.					
25. В прошлом слишком много неприятных воспоминаний, я предпочитаю не думать о них.					
26. Важно, чтобы в моей жизни были волнующие моменты.					
27. В прошлом я совершил(а) ошибки, которые хотел(а) бы исправить.					
28. Я чувствую, что гораздо важнее получать удовольствие от процесса работы, чем выполнить её в срок.					
29. Я скучаю по детству.					
30. Прежде чем принять решение, я взвешиваю, что я потрачу, и что получу.					
31. Риск позволяет мне избежать скуки в жизни.					
32. Для меня важнее получать удовольствие от самого путешествия по жизни, чем быть сосредоточенным(-ной) только на цели этого путешествия.					
33. Редко получается так, как я ожидаю.					
34. Мне трудно забыть неприятные картины из моей юности.					

35. Процесс деятельности перестает приносить мне удовольствие, если приходится думать о цели, последствиях и практических результатах.					
36. Даже когда я получаю удовольствие от настоящего, я все равно сравниваю его с чем-то похожим из своего прошлого.					
37. Ты реально не можешь планировать свое будущее, потому что все слишком изменчиво.					
38. Мой жизненный путь контролируется силами, на которые я не могу повлиять.					
39. Нет смысла беспокоиться о будущем, так как я все равно ничего не могу сделать.					
40. Я выполняю намеченное вовремя, постепенно продвигаясь вперед.					
41. Я замечаю, что теряю интерес к разговору, когда члены моей семьи начинают вспоминать былое.					
42. Я рискую, чтобы придать жизни остроты и возбуждения.					
43. Я составляю список того, что мне надо сделать.					
44. Я чаще следую порывам сердца, чем доводам разума.					
45. Я способен(-на) удержаться от соблазнов, если знаю, что меня ждет работа, которую нужно сделать.					
46. Волнующие моменты часто захватывают меня.					
47. Сегодняшняя жизнь слишком сложна, я бы предпочел(-ла) более простое прошлое.					
48. Я предпочитаю таких друзей, которые спонтанны и раскованы, а не очень предсказуемы.					
49. Мне нравятся семейные традиции, которые постоянно соблюдаются.					
50. Я думаю о том плохом, что произошло со мной в прошлом.					
51. Я продолжаю работу над трудными и неинтересными заданиями, если это поможет мне продвинуться вперед.					
52. Лучше потратить заработанные деньги на удовольствия сегодняшнего дня, чем отложить на черный день.					

53. Часто удача дает больше, чем упорная работа.					
54. Я часто думаю о том хорошем, что упустил(-а) в своей жизни.					
55. Мне нравится, когда мои близкие отношения исполнены страсти.					
56. Придерживаюсь мнения, что «работа не волк, в лес не убежит».					

Приложение Ж

Шкала стадий готовности к изменениям и готовности лечиться SOCRATES

Имя пациента: _____

№ пациента: _____

Дата: _____

Инструкция. Пожалуйста, прочитайте внимательно каждое из приведенных внизу утвердительных высказываний. Каждое из них описывает то, что Вы, возможно, думаете (или не думаете) об употреблении Вами алкоголя/наркотиков. Для каждого утверждения обведите одну из цифр на шкале справа для того, чтобы указать то, насколько Вы согласны или не согласны с этим утверждением на данный момент. Пожалуйста, обведите только одну цифру для каждого утверждения.

Я действительно хочу внести изменения, связанные с употреблением алкоголя/наркотиков, в свой образ жизни.	1 Полностью не согласен	2 Не согласен	3 Не уверен	4 Согласен	5 Полностью согласен
Я уже начал вносить изменения, связанные с употреблением алкоголя/наркотиков, в свой образ жизни.	1 Полностью не согласен	2 Не согласен	3 Не уверен	4 Согласен	5 Полностью согласен
Одно время я употреблял слишком много алкоголя/наркотиков, но мне удалось с этим справиться.	1 Полностью не согласен	2 Не согласен	3 Не уверен	4 Согласен	5 Полностью согласен
Иногда я задумываюсь, действительно ли я алкоголик/наркоман.	1 Полностью не согласен	2 Не согласен	3 Не уверен	4 Согласен	5 Полностью согласен

Я не только думаю об изменениях в образе жизни, связанных с употреблением алкоголя/наркотиков, но уже кое-что делаю.	1 Полностью не согласен	2 Не согласен	3 Не уверен	4 Согласен	5 Полностью согласен
Я уже изменил свой образ жизни, связанный с употреблением алкоголя/наркотиков, и ищу способы, как удержаться от возвращения к старым привычкам.	1 Полностью не согласен	2 Не согласен	3 Не уверен	4 Согласен	5 Полностью согласен
У меня серьезные проблемы с алкоголем/наркотиками.	1 Полностью не согласен	2 Не согласен	3 Не уверен	4 Согласен	5 Полностью согласен
Иногда я задумываюсь, приношу ли я, употребляя алкоголь/наркотики, вред другим людям.	1 Полностью не согласен	2 Не согласен	3 Не уверен	4 Согласен	5 Полностью согласен
Сейчас я предпринимаю активные попытки сократить или прекратить употребление алкоголя/наркотиков.	1 Полностью не согласен	2 Не согласен	3 Не уверен	4 Согласен	5 Полностью согласен
Если я не изменю свой образ жизни, связанный с	1 Полностью	2 Не	3 Не уверен	4 Согласен	5 Полностью согласен

употреблением алкоголя/ наркотиков, в ближайшее время, мои проблемы могут усугубиться.	не согласен	согласен			
Я знаю, что у меня проблемы с алкоголем/наркотика ми	1 Полностью не согласен	2 Не согласен	3 Не уверен	4 Согласен	5 Полностью согласен
Я хочу получить помощь, чтобы не возвращаться к проблемам, которые я ранее имел из-за алкоголя/наркотиков.	1 Полностью не согласен	2 Не согласен	3 Не уверен	4 Согласен	5 Полностью согласен
Иногда я задаю себе вопрос, контролирую ли я свое употребление алкоголя/наркотиков.	1 Полностью не согласен	2 Не согласен	3 Не уверен	4 Согласен	5 Полностью согласен
Я – алкоголик/наркоман.	1 Полностью не согласен	2 Не согласен	3 Не уверен	4 Согласен	5 Полностью согласен
Я стараюсь изо всех сил, чтобы изменить свой образ жизни, связанный с употреблением алкоголя/ наркотиков.	1 Полностью не согласен	2 Не согласен	3 Не уверен	4 Согласен	5 Полностью согласен
Иногда я задаю себе вопрос, не употребляю ли я слишком много алкоголя/наркотиков	1 Полностью не согласен	2 Не согласен	3 Не уверен	4 Согласен	5 Полностью согласен

У меня проблемы с алкоголем/наркотиками.	1 Полностью не согласен	2 Не согласен	3 Не уверен	4 Согласен	5 Полностью согласен
Я уже внес изменения, связанные с употреблением алкоголя/наркотиков, в мой образ жизни, и я нуждаюсь в помощи, чтобы двигаться в этом направлении дальше	1 Полностью не согласен	2 Не согласен	3 Не уверен	4 Согласен	5 Полностью согласен
Мой образ жизни, связанный с употреблением алкоголя/наркотиков, приносит много вреда.	1 Полностью не согласен	2 Не согласен	3 Не уверен	4 Согласен	5 Полностью согласен

Приложение И

Вопросы для подсчета КПСН

Ответьте да (+) или нет(-) на следующие вопросы. Уточните требуемую информацию в столбце «Комментарий»

Вопрос	+/-	Комментарий
1. Наблюдались ли Вы у психиатра (F1)?		
2. Пытались ли Вы покончить жизнь самоубийством? (F2).		
3. Думали ли Вы покончить жизнь самоубийством? (F3)		
4. Вы имели тесный опыт общения с самоубийцей? (F4)		
5. Вам характерно долго переживать вину? (F5)		
6. Свойственно ли Вам навязчивое чувство стыда? (F6)		
7. Испытывали ли Вы острое чувство одиночества? (F7)		
8. Бывают ли у Вас беспричинные эпизоды депрессии? (F8)		
9. Бывают ли у Вас моменты безысходности? (F9)		
10. Склонны ли Вы к периодическим моментам переедания или отказу от пищи? (F10)		
11. Подвергались ли Вы серьезному физическому насилию? (F11)		
12. Наносили ли Вы себе самоповреждения? (F12)		
13. У вас бывают эпизоды, когда Вы не видите в жизни никакого смысла? (F13)		
14. Вас часто мучают угрызения совести? (F14)		

Приложение К

«Шкала импульсивности Барратта» (BIS-11)

Люди отличаются тем, что они делают и как они думают в разных ситуациях. О определенных случаях. Прочитайте приведенные ниже утверждения и оцените их по четырехбалльной шкале:

- 1 – редко или никогда;
 2 – иногда;
 3 – часто;
 4 – всегда или почти всегда.

Не размышляйте над вопросами долго, обводите в кружок оценку, которая первой придет в голову.

1 Редко или никогда 2 Иногда 3 Часто 4 Всегда или почти всегда					
	Вопрос	Оценка			
01	Я «ерзаю» во время представлений и лекций	1	2	3	4
02	Я неусидчив(-а) в театре или на лекциях	1	2	3	4
03	Я невнимательный(-ая)	1	2	3	4
04	Я легко сосредоточиваюсь	1	2	3	4
05	Я мыслю последовательно	1	2	3	4
06	Я импульсивен	1	2	3	4
07	Я действую по обстоятельствам	1	2	3	4
08	Я импульсивен в покупках	1	2	3	4
09	У меня быстрое мышление	1	2	3	4
10	Я действую без обдумывания	1	2	3	4
11	Я трачу или прошу больше, чем зарабатываю	1	2	3	4
12	Я беззаботный(-ая), ветреный(- ая)	1	2	3	4
13	Я аккуратен(-на), осторожен(-на) в мыслях	1	2	3	4
14	Я тщательно планирую задачи	1	2	3	4
15	Я контролирую себя	1	2	3	4
16	Я планирую поездки задолго до их начала	1	2	3	4
17	Я планирую безопасность работы	1	2	3	4
18	Я говорю, не подумав	1	2	3	4
19	Мне нравится обдумывать сложные проблемы	1	2	3	4
20	Мне нравятся загадки (ребусы)	1	2	3	4
21	Я коплю регулярно	1	2	3	4

22	Я более заинтересован(-на) в настоящем, нежели в будущем	1	2	3	4
23	Я скучаю при решении задач, требующих обдумывания	1	2	3	4
24	Я меняю места жительства	1	2	3	4
25	Я меняю работу	1	2	3	4
26	Я ориентирован(-на) на будущее	1	2	3	4
27	Я могу думать лишь об одной проблеме одновременно	1	2	3	4
28	. Когда я думаю, у меня возникают посторонние мысли	1	2	3	4
29	Я быстро определяюсь в своем мнении	1	2	3	4
30	Я меняю свои хобби	1	2	3	4

Приложение Л

Тест по выявлению расстройств, связанных с употреблением наркотиков DUDIT

Вам предлагается ответить на несколько вопросов о наркотиках. Отвечайте максимально точно и честно, отмечая подходящий Вам вариант ответа.

Мужчина	Женщина	Возраст			
1. Как часто вы употребляете наркотические средства, кроме алкоголя?	Никогда	1 раз в месяц или реже	2-4 раза в месяц	2-3 раза в неделю	4 раза в неделю или чаще
2. Употребляете ли Вы разные виды наркотиков (более одного) во время одного эпизода употребления?		1 раз в месяц или реже	2-4 раза в месяц	2-3 раза в неделю	4 раза в неделю или чаще
3. Когда Вы употребляете наркотики, сколько раз в день Вы обычно это делаете?	0	1-2	3-4	5-6	7 и более
4. Как часто вы оказываетесь под сильным воздействием наркотиков?	Никогда	Реже чем раз в месяц	Каждый месяц	Каждую неделю	Ежедневно или почти каждый день
5. В течение последнего года испытывали ли Вы настолько сильное влечение к наркотикам, что не могли ему противостоять?	Никогда	Реже чем раз в месяц	Каждый месяц	Каждую неделю	Ежедневно или почти каждый день
6. Случалось ли в течение последнего года так, что, начав прием наркотиков, Вы не могли остановиться?	Никогда	Реже чем раз в месяц	Каждый месяц	Каждую неделю	Ежедневно или почти каждый день
7. Как часто за последний год,	Никогда	Реже чем раз	Каждый месяц	Каждую неделю	Ежедневно или почти

употребив наркотики, Вы пренебрегали тем, что должны были сделать?		в месяц			каждый день
8. Как часто за последний год Вам приходилось употреблять наркотик утром, после интенсивного употребления наркотиков накануне?	Никогда	Реже чем раз в месяц	Каждый месяц	Каждую неделю	Ежедневно или почти каждый день
9. Как часто за последний год Вы испытывали чувство вины или угрызения совести из-за того, что употребляли наркотики?	Никогда	Реже чем раз в месяц	Каждый месяц	Каждую неделю	Ежедневно или почти каждый день
10. Получали ли Вы или кто-то другой физическую или психическую травму в результате употребления Вами наркотиков?	нет	Да, но не в течение последнего года		Да, в течение последнего года	
11. Выражали ли родственники, друзья, врач, медсестра или кто-либо еще озабоченность употреблением Вами наркотиков, или говорили Вам о том, что Вам следует прекратить употребление?	нет	Да, но не в течение последнего года		Да, в течение последнего года	