

СЕМЕЙНЫЕ ФАКТОРЫ НАРУШЕНИЙ ПРОСПЕКТИВНОЙ СПОСОБНОСТИ В ГЕНЕЗЕ СИНДРОМА ЗАВИСИМОСТИ ОТ АЛКОГОЛЯ

Тучина О.Д.

shtuchina@gmail.com

Об авторе:

Тучина Ольга Дмитриевна – науч. сотр. научно-клинического отдела ГБУЗ «Московский научно-практический центр наркологии Департамента здравоохранения г. Москвы».

Московский научно-практический центр наркологии Департамента здравоохранения г. Москвы 109390, г. Москва, ул. Люблинская, 37/1

Статья поступила 7.11.2018

В статье рассматривается роль семейных факторов в формировании дефицитов перспективной способности, препятствующих выздоровлению и способствующих началу заболевания у пациентов с синдромом зависимости от алкоголя. Подчеркивается роль малоосознаваемых форм перспективной способности (сценариев) в этом процессе. Теоретические предположения обосновываются с помощью клинических примеров пациентов, проходивших амбулаторную психотерапию синдрома зависимости.

Ключевые слова: синдром алкогольной зависимости, перспективная способность, сценарий, генограмма, психотерапия.

ВВЕДЕНИЕ

Расстройствами употребления алкоголя в мире страдают 283 млн чел. [51]; в России на 2015 г. – 1 719 156 чел. (около 1,2% общей численности) [2]. Данные проспективного исследования 151 тыс. чел. в трех российских городах показали, что употребление водки – одна из главных причин смертности населения, причем риск смерти в возрасте 35–54 лет в ближайшие 20 лет при употреблении менее 1 бутылки водки в неделю составил 16%, 1–2 бутылки – 20%, а 3 и более бутылок – 35% [49]. В США лишь 19,8% людей с расстройствами употребления алкоголя обращаются за специализированной помощью [22], причем отсеиваются из программ лечения синдрома зависимости от алкоголя (АЗ) варьируется от 21,5% до 57,3% [15]. В России до этапа стационарной реабилитации доходит 5,2% от числа проходивших стационарное лечение [2]. При этом, эффективность лечения АЗ непосредственно связана с длительностью и успешностью завершения всех этапов терапии [1]. Исследования факторов риска отсева пациентов подчеркивают роль не столько демографических, сколько патопсихологических и межличностных параметров и, в частности, когнитивных факторов [15]. Среди них последовательно выделяют различные дефициты про-

спективной способности (ПС) – способности формировать психические образы будущего и использовать их в процессе долгосрочного и краткосрочного планирования и принятия решений [37]. Склонность к рискованному принятию решений и предпочтение немедленного вознаграждения от употребления алкоголя отдаленным позитивным последствиям трезвости определяется, в том числе, короткой временной перспективой пациентов с АЗ, ориентированных на гедонистические переживания настоящего момента [11; 28]. Проявлениями дефицитов ПС являются и серьезные нарушения процесса эпизодического моделирования будущего [19; 33; 41]; ошибки аффективного прогнозирования (оценки вероятной интенсивности или валентности ожидаемых эмоций) [29]; дефициты перспективной памяти [30]; явления позитивной и негативной «срочности» (импульсивное реагирование на эмоционально насыщенные позитивные или негативные события) [18]. То есть при дефицитах ПС, или по-другому «антиципационной несостоятельности» [3] и «миопии в отношении будущего» [20], утрачивается способность адекватно прогнозировать и планировать будущее: визуализировать результат целеполагания, представлять альтернативные варианты развития событий, выбирать оптимальное решение проблемы, реализовывать намерения и планы. Для пациентов с АЗ также характерны дефициты одного из основных компонентов ПС – аутоноэтического сознания – феноменологического опыта, переживаемого «от первого лица» и основанного на прошлом опыте; отделенного от текущего восприятия и позволяющего владельцу ощущать свое «Я» как отнесенное к определенному временному контексту, обеспечивая чувство непрерывности «Я» на временном континууме при психическом «путешествии в будущее» [47; 31].

Возникновение дефицитов ПС при АЗ может быть объяснено с нескольких позиций. С одной стороны, интоксикация алкоголем приводит к функциональным нарушениям в работе нейробиологического субстрата ПС – сети пассивного режима работы мозга [17]. Поскольку эта сеть вовлечена в обеспечение декларативной памяти [38], неудивительно, что при АЗ продемонстрированы параллельные нарушения автобиографической памяти (АП) и ПС [19; 33]. Клинически это проявляется как в бедности и обобщенности автобиографических воспоминаний, так и в неспособности пациентов с АЗ использовать прошлый опыт для прогнозирования будущего [43]. С другой стороны, органические изменения в головном мозге приводят к усугублению имеющихся [35] и формированию новых дефицитов исполнительных функций, и в частности, торможения импульсов и гибкого переключения внимания [50], что выливается в повышенную импульсивность и рискованное принятие решений. АП и исполнитель-

ные функции частично восстанавливаются при длительной трезвости и использовании методов когнитивной психотерапии [12; 41]. Однако поведенческие проявления дефицитов ПС сохраняются у пациентов с АЗ даже при формировании устойчивых ремиссий, особенно ярко проступая в сфере межличностной коммуникации [40]. В связи с этим встает вопрос о третьей группе факторов, которая могла бы способствовать нарушениям ПС при АЗ – социокультурных. В исследованиях отмечается специфическая для России, культурнообусловленная траектория употребления алкоголя и подчеркивается его использование как средства социализации, формирования мужской идентичности и совладания с социальным давлением и стрессом [27]. В этой траектории семейным факторам отводится роль скорее стабилизирующих алкоголизацию в более зрелом возрасте, когда семья обеспечивает социальный контроль употребления спиртного [27]. В то же время, такие семейные факторы, как употребление алкоголя членами семьи, отсутствие родительского контроля над употреблением алкоголя и т.п. [26; 36], наоборот, относятся к достоверным факторам риска возникновения АЗ, а некоторые модели семейного взаимодействия стимулируют злоупотребление алкоголем и рецидивы заболевания у выздоравливающих зависимых [4; 34]. В настоящей статье предполагается, что к последним могут относиться и модели, обуславливающие дефициты ПС. Так, в семьях подростков с наркоманиями был выявлен «устойчивый патогенный паттерн», связанный с дефицитами ПС родителей и детерминирующий зависимые формы поведения детей: прогностическая некомпетентность и такие черты личности как педантичность, конформность, подозрительность и фрустрированность родителей препятствовали развитию прогностической компетентности подростков [5]. Поскольку подобные исследования среди пациентов с АЗ и их родителей, насколько нам известно, отсутствуют, особый интерес могли бы представлять исследования случаев, демонстрирующие роль семьи в трансляции дефицитов ПС и связанных паттернов зависимого поведения.

Таким образом, цель статьи – с помощью клинических примеров продемонстрировать роль дефицитов ПС в развитии АЗ, показать связь этих дефицитов с факторами семейного окружения, и предложить возможные способы их психологической коррекции.

ФОРМЫ ПРОСПЕКТИВНОЙ СПОСОБНОСТИ

На сегодняшний день продемонстрировано, что ПС проявляется двумя основными формами: сознательной [38] и бессознательной [21; 44]. Как было показано выше, пациенты с АЗ испытывают серьезные дефициты форм сознательной ПС, связанной с поддержанием трезвости. Тем не ме-

нее, они демонстрируют сохранную сознательную ПС, предвосхищая позитивные последствия употребления, намеренно преодолевая действие антиалкогольных фармакопрепаратов и опосредованной психотерапии [8], или планируя асоциальные и/или аутоагрессивные действия, о чем свидетельствуют, например, прекращение лечения даже при использовании пролонгированных антагонистов опиоидных рецепторов [42] и высокие показатели алкогольных суицидов [51]. Эти проявления ПС можно было бы назвать квазисознательными, поскольку они определяются более автоматическими, бессознательными формами ПС [44]. В терминах когнитивной психологии последние обозначают как автоматические когнитивные схемы, сценарии и определяют, как определенную последовательность событий или действий в определенном контексте или ситуации; «предсуществующее» знание, разделяемое собеседниками [39] либо индивидуальные правила прогнозирования, интерпретации, реагирования и контроля над укрупненным набором сцен [46]. В исследованиях автобиографического нарратива родственным понятием выступает культурный сценарий – общекультурное знание о последовательности и времени значимых и преобладающих событий идеального жизненного пути [14], а в психоаналитически ориентированной психотерапии – сценарий жизни как жизненный план, основанный на решениях, принятых в детстве; подкрепленный родителями; оправданный последующими событиями и обретающий кульминацию в виде выбора определенной альтернативы [13].

Указанные концепции сходятся в том, что сценарии формируются под влиянием социокультурных факторов и в особенности семейного окружения и выступают в качестве схемы, с помощью которой человек организует свой опыт, в том числе проспективно. Согласно моделям двойного процесса, в ситуациях стресса, неопределенности или под влиянием алкоголя бессознательные и высоко автоматизированные сценарии могут обходить когнитивный контроль и стимулировать импульсивное и рискованное поведение [16; 45]. То есть сценарная организация ПС могла бы обуславливать ее бессознательные проявления в поведении, связанном с организацией собственного будущего (в том числе, качества и продолжительности жизни), а также обуславливать дефициты сознательной ПС, что будет продемонстрировано в следующих клинических случаях.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Материалом для данной статьи послужили клинические случаи пациентов, получивших стационарную и амбулаторную помощь в отделениях Московского научно-практического центра наркологии Департамента здравоохранения г. Москвы. Представленные в статье пациенты добро-

вольно обратились за психотерапевтическим лечением АЗ и наблюдались катamnестически в течение 1 года (К.) и 10 лет (Г.). Диагноз выставлялся в соответствии с МКБ-10. Пациенты проходили стандартное патопсихологическое обследование и при необходимости инструментальное обследование для исключения органической патологии головного мозга. Пациенты не имели коморбидных психических заболеваний (кроме никотиновой зависимости) и давали информированное согласие на участие в исследовании. Персональные данные пациентов изменены в целях конфиденциальности.

Методы исследования ПС и бессознательных сценариев описаны в *табл. 1*.

Таблица 1

Методы исследования

№	Методика	Задачи
1.	Полуструктурированное аутоагрессивное интервью [7]	Сбор алкогольного, аутоагрессивного, семейного анамнеза; выявление индивидуальных паттернов алкогольного и аутоагрессивного поведения
2.	Сценарное интервью [25]	Исследование автобиографического нарратива; анализ АП и ПС: оценка представлений о прошлом, будущем (в пятилетней перспективе), возрасте и манере смерти; определение паттернов семейного функционирования; анализ индивидуального жизненного сценария
3.	Линия жизни [6], проективная методика; изображение линии жизни с рождения до смерти и значимых воспоминаний и проекций будущего	Анализ АП и ПС: эмоциональная интенсивность, специфичность, аутоноэтическое переживание воспоминаний и образов будущего; определение осознаваемого и бессознательного возраста предполагаемой смерти
4.	Метод генограмм – изображение семейных отношений [32]	Фиксация паттернов, связанных с ПС, продолжительности жизни и причины смерти родственников, серьезных заболеваний, количество детей, браков, разводов и др.; визуализация бессознательных сценариев; оценка транслируемых паттернов
5.	Контент-анализ	Анализ автобиографического нарратива всех опросников и проективных методик для выявления субъективно значимых тем и событий, связанных с ПС

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИМЕРЫ

К., возраст на момент обследования (2018 г.) 67 лет. Ремиссия к моменту публикации составила 6 месяцев. Бывший рабочий, в настоящий момент находится на пенсии. Диагноз – АЗ, II стадия, запойная форма употребления. Запой длится по 2–3 месяца с толерантностью до 1 л водки в сутки. Промежутки между запоями не превышают 3 дней. В состоянии опьянения испытывает проблемы с контролем агрессивного поведения. Был случай самоповреждения: воткнул нож в ногу в состоянии алкогольной интоксикации. В структуре психического компонента синдрома преобладает депрессия. Имеет третью группу инвалидности по сопутствующим соматическим заболеваниям (бронхиальная астма, простатит и др.). Получает соответствующую терапию.

К. рос в полной семье. По семейной легенде с материнской стороны, отец К., который был младше матери на 13 лет, долго добивался ее, поскольку вначале она была к нему равнодушна. По версии отцовской стороны, мать К. забеременела от другого и «ожила» отца К. Злоупотреблявший алкоголем отец не любил К. и считал, что сын не похож на него. Отец наказывал К. физически за непослушание; в состоянии алкогольного опьянения избивал детей и жену. После службы в армии К. вернулся домой, чтобы защищать мать, которую идеализирует, и контролировать отца, хотя хотел остаться в армии по контракту. К. сообщает о часто испытываемых им в детстве стыде и одиночестве. По отношению к отцу до сих пор испытывает чувства гнева и обиды. Необходимо отметить, что в настоящий момент К. по внешности полностью идентифицируется с отцом («Я – его копия»).

С 30 лет К. начал злоупотреблять алкоголем в рекреационных целях под давлением социального окружения: коллег по работе и жены. В 50 лет у К. обнаружили бронхиальную астму, что подтолкнуло его обратиться за лечением алкогольной и никотиновой зависимости. Лечившись «заговором» у целителя, К. добился 17-летней ремиссии никотиновой зависимости. Годовая ремиссия АЗ была сорвана, когда К. возобновил употребление красного вина по совету жены (для укрепления здоровья). До обращения за долгосрочной амбулаторной психотерапией АЗ, К. формировал еще две клинические ремиссии (1 и 3 года) в ходе лечения опосредованной психотерапией, длительность которых четко совпадала со сроками «кодирования».

Сознательные проявления ПС у К. носят адаптивный характер, позволяя ему соблюдать сроки терапевтических контрактов («кодов» и формальных контрактов на неупотребление алкоголя). Объективно демонстрирует сохранную способность к формированию намерений, планированию и их

реализации в краткосрочной перспективе при условии личностной значимости планируемых событий: воздерживается от употребления алкоголя перед важными поездками и делами, не водит в состоянии интоксикации и синдрома отмены. При исследовании картины будущего в ходе полуструктурированного интервью [25], К. ярко и подробно описывает жизнь через 5 лет, причем характеристика будущих событий связана с его непосредственным участием в них. На сознательном уровне К. предполагает, что его продолжительность жизни составит не менее 85 лет. Необходимо отметить, что такая длительная временная перспектива не свойственна пациентам с АЗ [11; 28].

В то же время в поведении К. прослеживаются признаки дефицитов ПС. Так, К. склонен к заключению «срочных» терапевтических договоров, хотя имеющиеся соматические заболевания (3 группа инвалидности) предполагают необходимость бессрочного отказа от алкоголя. О дефицитах сознательной перспективы свидетельствует и постоянное возобновление употребления после периода лечения. Срыв ремиссии, как правило, происходит в результате импульсивных действий или рискованных решений (прием вина в «оздоровительных» целях) при четком контроле употребления в лично значимых ситуациях, предполагающих трезвость (поездки на рыбалку). Декларируемый срок продолжительности жизни (85 лет) при более глубоком исследовании оказывается связан с пророчеством, которое сделала для К. «гадалка», то есть скорее отражает некие инфантильные ожидания, а не результат осознанного прогнозирования. Изображая «Линию жизни» [6], К. отмечает дату своей смерти за 1,5 см до ее окончания, смещая акцент на другого человека («жена пережила меня»). Последний указанный возраст на «Линии» составляет 67 лет (текущий возраст), а события будущего отмечаются без какой-либо даты и относятся к событиям в жизни близких: внуков, детей, жены. То есть, хотя К. вербально описывает, что произойдет с ним через 5 лет, при проекции подсознательного материала на «Линию» выясняется, что образы будущего К. уплощены и лишены аутоноэтического переживания.

Подобный паттерн ПС – диссоциация между ее адаптивными и дезадаптивными проявлениями – может свидетельствовать о действии бессознательного сценария, «блокирующего» сознательную ПС и нивелирующую ее терапевтический эффект. Сценарий просматривается на генограмме [32], отображающей паттерны семейной динамики, где значимые герои повествования К. (мужчины) страдают АЗ и умирают преждевременной смертью, чаще – от внешних причин: дяди по материнской линии умерли в возрасте 65 лет (убит) и 69 лет (после операции); брат (40 лет) – от анафилаксии после инъекции в больнице; отец (64 года) – после ДТП (рис. 1).

Таким образом, осознаваемые намерения дожить до 85 лет расходятся с бессознательным уровнем планирования продолжительности жизни, поскольку семейный сценарий К. предполагает смерть в возрасте 60–70 лет до смерти супруги. Необходимо отметить, что жена К. дополняет сценарий, неосознанно саботируя лечебный процесс мужа, предлагая ему выпивку в сензитивные периоды его жизни (стресс на работе, болезнь).

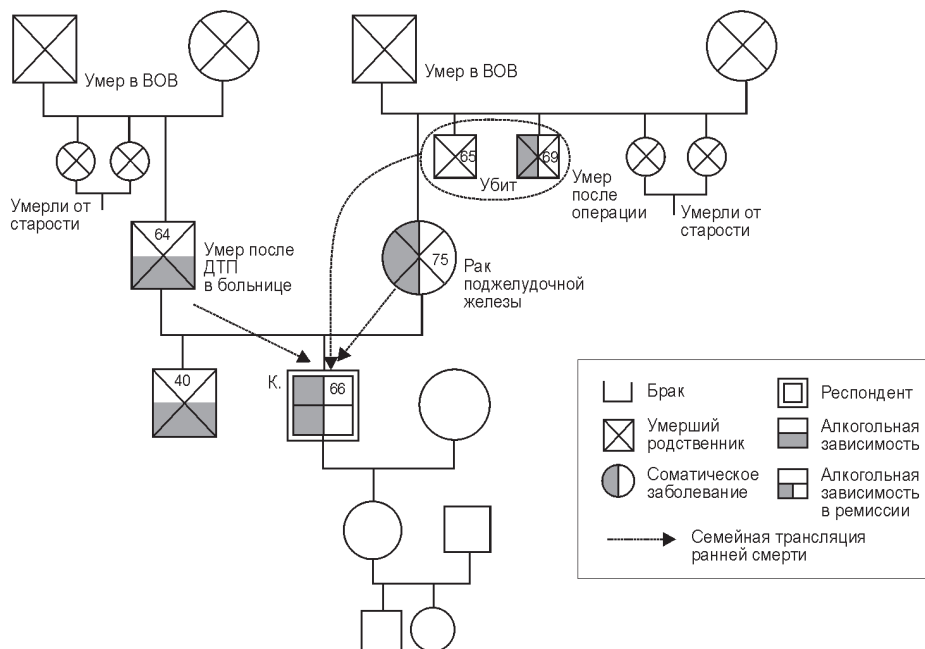


Рис. 1. Генограмма пациента К.: бессознательный сценарий, лежащий в основе дефицитов сознательной ПС.

Следующий клинический случай также демонстрирует, как бессознательный сценарий определяет паттерны ПС, связанные с употреблением алкоголя, и какую роль в этом играют семейные факторы.

Антон Федорович Г., 60 лет, плотник. Страдает АЗ, периодическая форма употребления (толерантность – до 1 л водки в сутки). Сформировал длительную ремиссию после однократной попытки лечения (трезвость – более 10 лет к 2018 г.), до сих пор получает поддерживающую психотерапию (каждые 3 месяца). Женат, имеет сына.

Воспитывался в полной семье. Воспоминания о родителях, в целом, позитивные, хотя отмечает случаи физического наказания как со стороны матери, так и со стороны отца. Вместе с тем, при анализе генограммы па-

циент прояснил, что все мужчины по отцовской линии в семье Г. страдали АЗ и называли своих сыновей в честь отцов, кроме самого Г., который интуитивно назвал сына по-другому (рис. 2). Кроме того, мужчины умирали в достаточно раннем возрасте: отец Г. умер в 61 год от рака горла, а дед в 60 лет погиб или пропал на Великой Отечественной войне, причем при подозрительных обстоятельствах, секрет которых отец Г. так и не раскрыл. При исследовании автобиографических воспоминаний и представлений о будущем с помощью полуструктурированного интервью и методики «Линия жизни» отмечается их глобализация и скудность описаний. Г. не способен подробно и ярко визуализировать свое будущее в пятилетней перспективе (на вопрос «Опишите, какой Вы представляете свою жизнь через 5 лет?» отвечает: «Хорошей»), однако прогнозирует собственную смерть в возрасте 80–85 лет, и, как и К., отмечает ее на «Линии жизни» на определенном расстоянии (4,5 см) от конца. Тем не менее, между ПС пациентов К. и Г. имеется отличие: если события К. обезличены либо касаются других людей («женитьба внука», «отправка внука в армию»), то образам будущего Г. в большей мере присуще аутоэотическое переживание («съездить к внукам на север», «помогать сыну», «пожить подольше»).

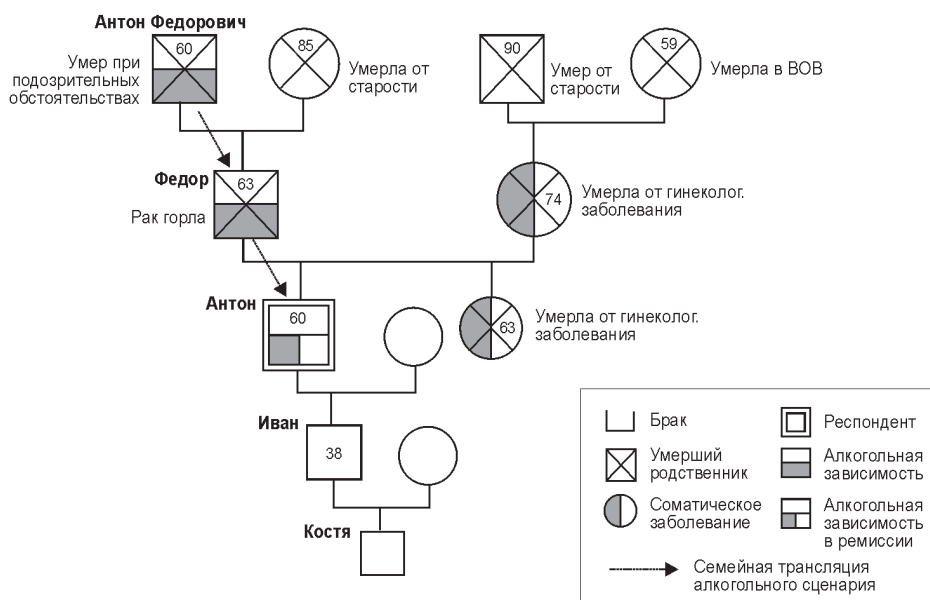


Рис. 2. Прайминг АЗ и бессознательное планирование преждевременной смерти с прерыванием трансляции сценария в четвертом поколении.

В случае Г. сознательная ПС имеет очевидные дефициты – глобализация, малое число представляемых событий, неспособность к формирова-

нию образов будущего. С другой стороны, ее оказывается достаточно, чтобы Г. мог реализовывать намерение оставаться трезвым в течение 10 лет и помнить о назначенных поддерживающих сеансах. Кроме того, в случае Г. продуктивными оказываются и бессознательные формы ПС: интуитивно назвав сына Иваном, а не Федором, Г. осуществил бессознательное планирование жизни сына, прервав семейную трансляцию «алкогольного» сценария (подробнее см. «Обсуждение»). То, что сын впоследствии «принял» это внешнее планирование, подтверждается тем, что Иван (38 лет) – первый представитель мужской линии в семье, не имевший алкогольных либо иных проблем, связанных с психическим здоровьем.

ОБСУЖДЕНИЕ

В приведенных клинических случаях пациенты с АЗ демонстрируют сохраненные формы ПС параллельно дефицитарным. Интересно, что и К., и Г. способны поддерживать длительные сроки трезвости и не имеют сочетанных психических расстройств и/или органических нарушений головного мозга, т.е. можно исключить влияние экзогенных факторов в нарушениях ПС. В случае К. дефициты сознательной ПС оказываются непосредственно связанными с патологическим поведением, неспособностью предвидеть последствия своих действий и учиться на ошибках, а также принятием рискованных решений (например, К. заключает краткосрочные терапевтические контракты и возобновляет употребление после их окончания). В случае Г. дефициты сознательной ПС и параллельные нарушения АП не имеют очевидной связи с течением заболевания и не препятствуют выздоровлению пациента. Возможно, это связано с качественным отличием дефицитов сознательной ПС в двух случаях, а именно, способностью Г. к более яркому аутоноэтическому переживанию, т.е. большему осознанию собственного «Я» в контексте будущего, лучшей саморефлексии, по сравнению с К.

С другой стороны, начало заболевания у обоих пациентов было связано с бессознательными формами ПС – семейным алкогольным сценарием, интериоризованным на ранних этапах развития в ходе взаимодействия с родительскими фигурами. Анализ автобиографических повествований обоих пациентов, полученный в ходе полуструктурированных интервью (Johnsson; Шустов, Меринов), выявил семейные факторы, которые могли способствовать формированию бессознательных сценариев, вторгающихся в сознательную ПС. Наиболее очевидными среди них можно назвать: (а) наличие социального прайминга [9] и (б) сценарный скаффолдинг (англ. scaffolding – создание опоры) [48]. Социальный прайминг предполагает, что восприятие определенного поведения в социальном окруже-

нии или автоматическая активация более абстрактной связанной категории (имеющей отношение к возрасту, социальной роли, статусу и т.п.) при восприятии приводит к автоматической активации данных концепций и обуславливает поведение при последующем контакте с похожим стимулом [9]. Так, в семье Г. (рис. 2) мужчины по отцовской линии называли своих сыновей именами отцов-алкоголиков, используя имя в качестве «прайма» будущего образа жизни своих детей, неосознанно имплантируя через него заболевание в форме АЗ и возможности преждевременной смерти. Г. первым в семье использовал ПС для прерывания сценарного планирования, сознательно обратившись за профессиональным лечением, сформировав длительную клиническую ремиссию и бессознательно нарушив семейную традицию называния.

Сценарный скаффолдинг предполагает наличие специфических семейных нарративов, создающих семантическую опору для формирования сценариев. В случае К. — это его любимая история, которая рассказывала ему мать, — сказка о «золушке». Из истории К. известно, что отец относился к нему скорее, как к нелюбимому пасынку, а в семье транслировалась тайная история об измене матери, в результате чего мальчик ощущал себя изгоем и испытывал чувство стыда. По словам К., в сказке ключевым моментом для него был «пир горой», который он теперь регулярно воспроизводит во взрослой жизни, преодолевая чувства стыда и одиночества.

Коррекция наблюдаемых дефицитов ПС в рамках психотерапии и/или психологической коррекции могла бы вестись в двух направлениях: (а) усиление сознательной ПС и (б) изменение паттернов бессознательной ПС. Усиление сознательных форм ПС возможно с помощью общего тренинга когнитивных функций [10] и более специфичных интервенций: тренинга имплементационных намерений и планирования действий [23]; направленного эпизодического моделирования будущего [41]; социального контроля в рамках семейной терапии [34]. Учитывая ограниченность психологических и социальных ресурсов пациентов с АЗ, изменение паттернов бессознательной ПС, возможно, потребует более длительной и глубокой работы. В этом смысле, на первый план выходит инсайт-ориентированное консультирование, направленное на выявление дезадаптивных сценариев, транслируемых между поколениями, и позволяющее пациентам: (а) осознавать семейную динамику, связанную с формированием и трансляцией бессознательных негативных образов будущего, связанных с алкоголизацией и дезадаптивным поведением; (б) осознавать роль членов семьи и собственную роль в импульсивном поведении и рискованном принятии решений; (в) реконсолидировать сформированные негативные образы будущего и принять ответственность за их реализацию.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Изучение ПС у пациентов с психическими расстройствами, предполагающими длительную, насыщенную разнонаправленными периодами траекторию, в частности АЗ, возможно, открывает новые направления терапии этих заболеваний. Данное направление будет связано даже не столько с терапевтическими усилиями по исправлению искаженных бессознательных проспективных схем или модернизации / улучшения сознательных (через формирование сильного Эго), но с созданием нового аутоэтического образа будущего с имплементацией его в области мозга, ответственные за «память будущего» [24].

ЛИТЕРАТУРА

1. Агibalова Т.В., Бузик О.Ж., Голощанов И.В., Рычкова О.В. Согласие на лечение в наркологии: старая проблема и новый подход. // Наркология. – 2008. – №1. – С. 91–95.
2. Киржанова В.В., Григорова Н.И., Киржанов В.Н., Сидорюк О.В. Основные показатели деятельности наркологической службы в Российской Федерации в 2014–2015 гг. : статистический сборник. – М.: ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России. – 2016. – 177 с.
3. Менделевич В.Д. Антиципационные механизмы неврозогенеза. – Казань: Медицина, 2011. – 288 с.
4. Меринов А.В., Лукашук А.В. Влияние типа динамики семейной системы больных алкогольной зависимостью на течение наркологической патологии. // Научные ведомости БелГУ. Серия «Медицина. Фармация». – 2017. – №19(268). – Вып. 39. – С. 139–147.
5. Минуллина А.Ф. Роль семьи в формировании антиципационной состоятельности наркозависимых. // Вестник ТГГПУ. – 2010. – №20. – С. 316–324.
6. Нуркова В.В. Свершенное продолжается: психология автобиографической памяти личности. – М.: Университет РАО, 2000.
7. Шустов Д.И., Меринов А.В., Валентик Ю.В. Диагностика аутоагрессивного поведения при алкоголизме методом терапевтического интервью. – М: МЗ РФ, 2000. – 20 с.
8. Энтин Г.М. Летальные исходы при нарушении режима трезвости после опосредованной стресспсихотерапии больных алкоголизмом. // Социальная и клиническая психиатрия. – 2001. – №4. – С. 88–89.
9. Bargh J.A., Schwader K.L., Hailey S.E., Dyer R.L., Boothby E.J. Automaticity in social-cognitive processes. // Trends in Cognitive Science. – 2012. – Vol. 16. – N12. – P. 593–605.

10. *Bates M.E., Buckman J.F., Nguyen T.T.* A role for cognitive rehabilitation in increasing the effectiveness of treatment for alcohol use disorders. // *Neuropsychology Review*. – 2013. – Vol. 23. – N1. – P. 27–47. – doi: 10.1007/s11065-013-9228-3.
11. *Beenstock J., Adams J., White M.* The association between time perspective and alcohol consumption in university students: cross-sectional study. // *Eur J Public Health*. – 2011. – Vol. 21. – N4. – P. 438–443.
12. *Bernardin F., Maheut-Bosser A., Paille F.* Cognitive impairments in alcohol-dependent subjects. // *Frontiers in Psychiatry*. – 2014. – Vol. 5. – URL: <http://dx.doi.org/10.3389/fpsy.2014.00078>. – (accessed 1.11.2018).
13. *Berne E.* What do you say after you say Hello? – New York: Grove Press, 1972. – 457 p.
14. *Berntsen D., Rubin D.C.* Cultural life scripts structure recall from autobiographical memory. // *Memory & Cognition*. – 2004. – Vol. 32. – P. 427–442.
15. *Brorson H.H., Arnevik E.A., Rand-Hendriksen K., Duckert F.* Drop-out from addiction treatment: A systematic review of risk factors. // *Clinical Psychology Review*. – 2013. – Vol. 33. – P. 1010–1024.
16. *Brown S.L., Lipka S., Coyne S.M., Qualter P., Barlow A., Taylor P.* Implicit alcohol-aggression scripts and alcohol-related aggression on a laboratory task in 11- to 14-year-old adolescents. // *Aggressive Behavior*. – 2011. – Vol. 37. – N5. – P. 430–439. – doi: 10.1002/ab.20400.
17. *Chanraud S., Pitel A.-L., Pfefferbaum A., Sullivan E.V.* Disruption of functional connectivity of the default-mode network in alcoholism. // *Cerebral Cortex*. – 2011. – Vol. 21. – N10. – P. 2272–81.
18. *Cyders M.A., Flory K., Rainer S., Smith G.T.* The role of personality dispositions to risky behavior in predicting first year college drinking. // *Addiction*. – 2009. – N104. – P. 193–202.
19. *D'Argembeau A., Raffard S., van der Linden M.* Remembering the past and imagining the future in schizophrenia. // *Journal of Abnormal Psychology*. – 2008. – Vol. 117. – N1. – P. 247–251.
20. *Fairbairn C.E., Sayette M.A.* The effect of alcohol on emotional inertia: A test of alcohol myopia. // *Journal of Abnormal Psychology*. – 2013. – Vol. 122. – N3. – P. 70–81.
21. *Fukukura J., Helzer E.G., Ferguson M.J.* Prospecction by any other name? A response to Seligman et al. (2013) // *Perspectives on Psychological Science*. – 2013. – Vol. 8. – N2. – P. 146–150.
22. *Grant B.F., Goldstein R.B., Saha T.D., Chou S.P., Jung J., Zhang H., Pickering R.P., Ruan W.J., Smith S.M., Huang B.* et al. Epidemiology of DSM-5 Alcohol Use Disorder. // *JAMA Psychiatry*. – 2015. – Vol. 72. – N8. – P. 757–766.

23. *Hagger M.S., Luszczynska A.* Implementation intention and action planning interventions in health contexts: state of the research and proposals for the way forward. // *Applied Psychology: Health and Well-Being*. – 2014. – Vol. 6. – №1. – P. 1–47.
24. *Ingvar D.H.* “Memory of the future”: an essay on the temporal organization of conscious awareness. // *Hum. Neurobiol.* – 1985. – Vol. 4. – P. 127–136.
25. *Johnsson R.* Client assessment in transactional analysis – a study of the reliability and validity of the Ohlsson, Björk and Johnsson Script Questionnaire. // *International Journal of Transactional Analysis Research and Practice*. – 2011. – Vol. 2. – N2. – URL: <http://www.ijtarp.org/article/view/17061/11648>. – (accessed 1.11.2018).
26. *Kask K., Markina A., Podana Z.* The effect of family factors on intense alcohol use among european adolescents: a multilevel analysis. // *Psychiatry Journal*. – 2013. – P. 1–12.
27. *Keenan K., Saburova L., Bobrova N., Elbourne D., Ashwin S., Leon D.* Social factors influencing Russian male alcohol use over the life course: a qualitative study investigating age based social norms, masculinity, and workplace context. // *PLoS ONE*. – 2015. – Vol. 10(11). – e0142993.
28. *Keough K.A., Zimbardo P.G., Boyd J.N.* Who’s smoking, drinking, and using drugs? Time perspective as a predictor of substance use. // *Basic and Applied Social Psychology*. – 1999. – N21. – Vol. 2. – P. 149–164.
29. *Marroquín B., Nolen-Hoeksema S., Miranda R.* Escaping the future: affective forecasting in escapist fantasy and attempted suicide. // *Journal of Social and Clinical Psychology*. – 2013. – Vol. 32. – N4. – P. 446–463.
30. *Marshall A.-M., Heffernan T., Hamilton C.* The synergistic impact of excessive alcohol drinking and cigarette smoking upon prospective memory. // *Frontiers in Psychiatry*. – 2016. – Vol. 7. – Art. 75. – URL: <http://dx.doi.org/10.3389/fpsy.2016.00075>. – (accessed 1.11.2018).
31. *Martin-Ordas G., Atance C.M., Caza J.S.* How do episodic and semantic memory contribute to episodic foresight in young children? // *Frontiers in Psychology*. – 2014. – Vol. 5. – Art. 732. – URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4086199>. – (accessed 1.11.2018).
32. *McGoldrick M., Gerson R., Petry S.* Genograms: assessment and intervention. – W.W. Norton & Company, 2008.
33. *Nandrino J.-L., Gandolphe M.-C., El Haj M.* Autobiographical memory compromise in individuals with alcohol use disorders: Towards implications for psychotherapy research. // *Drug and Alcohol Dependence*. – 2017. – Vol. 179. – P. 61–70.

34. *O'Farrell T.J.* Review of outcome research on marital and family therapy in treatment of alcoholism. // *Journal of Marital and Family Therapy*. – 2012. – Vol. 38. – N1. – P. 122–144.
35. *Peeters M., Janssen T., Monshouwer K., Boendermaker W., Pronk T., Wiers R., Vollebergh W.* Weaknesses in executive functioning predict the initiating of adolescents' alcohol use. // *Developmental Cognitive Neuroscience*. – 2015. – Vol. 16. – P. 139–46.
36. *Rossow I., Keating P., Felix L., McCambridge J.* Does parental drinking influence children's drinking? A systematic review of prospective cohort studies. // *Addiction*. – Vol. 111. – N2. – P. 204–217.
37. *Rupp C.I., Beck J.K., Heinz A., Kemmler G., Manz S, Tempel K., Fleischhacker W.W.* Impulsivity and alcohol dependence treatment completion: is there a neurocognitive risk factor at treatment entry? // *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. – 2015. – Vol. 40. – N1. – P. 152–160.
38. *Schacter D.L., Addis D.R.* On the nature of medial temporal contributions to the constructive simulation of future events. // *Philosophical Transactions of the Royal Society of London*. – 2009. – Vol. 364. – P. 1245–1253.
39. *Schank R., Abelson R.* Scripts, plans, goals and understanding. – Hillsdale, NJ: Erlbaum, 1977.
40. *Shustov D.I., Tuchina O.D., Agibalova T.V.* Games abstainers play. // *Transactional Analysis Journal*. – 2017. – Vol. 48. – N1. – P. 43–58.
41. *Snider S.E., LaConte S.M., Bickel W.K.* Episodic future thinking: expansion of the temporal window in individuals with alcohol dependence. // *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. – 2016. – Vol. 40. – N7. – P. 1558–1566.
42. *Srisurapanont M., Jarusuraisin N.* Naltrexone for the treatment of alcoholism: a meta-analysis of randomized controlled trials. // *The International Journal of Neuropsychopharmacology*. – 2005. – Vol. 8. – N2. – P. 267–280.
43. *Sütterlin S., Olsen V., Lugo R.* The somatic marker theory in the context of addiction: contributions to understanding development and maintenance. // *Psychology Research and Behavior Management*. – 2015. – Vol. 187. – URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26185474>. – (accessed 1.11.2018).
44. *Szpunar K.K.* Evidence for an implicit influence of memory on future thinking. // *Memory & Cognition*. – 2010. – Vol. 38. – N5. – P. 531–540.
45. *Thrush C., Reinout W.W., Ames S.L., Grenard J.L., Sussman S., Stacy A.W.* Interactions between implicit and explicit cognition and working memory capacity in the prediction of alcohol use in at-risk adolescents. // *Drug and Alcohol Dependence*. – 2008. – Vol. 94. – P. 116–124.

46. *Tomkins S.* Script theory: differential magnification of affects. // Nebraska Symposium on Motivation. / H.E. Howe Jr., R.A. Dienstbier (eds.). – Lincoln: University of Nebraska Press, 1978. – Vol. 26. – P. 201–236.
47. *Tulving E.* Episodic memory and autoeosis: uniquely human? The Missing Link in Cognition / H.S. Terrace and J. Metcalfe (eds.). – Oxford: Oxford University Press, 2005. – P. 3–56.
48. *Williams L.E., Huang J.Y., Bargh J.A.* The scaffolded mind: Higher mental processes are grounded in early experience of the physical world. // European Journal of Social Psychology. – 2009. – Vol. 39. – N7. – P. 1257–1267.
49. *Zaridze D., Lewington S., Boroda A., Scélo G., Karpov R., Lazarev A., Konobeevskaya I., Igitov V., Terechova T., Boffetta P.* et al. Alcohol and mortality in Russia: prospective observational study of 151 000 adults. // Lancet. – 2014. – Vol. 9927. – N383. – P. 1465–1473.
50. *Volkow N.D., Koob G.F., McLellan A.T.* Neurobiologic advances from the brain disease model of addiction. // New England Journal of Medicine. – 2016. – Vol. 374. – N4. – P. 363–371.
51. World Health Organization (WHO). Global status report on alcohol and health 2018. – Geneva: World Health Organization, 2018.

FAMILY FACTORS OF PROSPECTIVE CAPACITY IMPAIRMENTS IN PATHOGENESIS OF ALCOHOL DEPENDENCE

Tuchina O.D.

Moscow Scientific and Practical Center on Addictions of the Moscow City Department of Health
37/1, Lyublinskaya st., Moscow, 109390, Russia

The article discusses the role of family factors in the development of prospective capacity deficits that may interfere with recovery and contribute to alcohol dependence onset. The role of unconscious forms of prospective capacity (automatic scripts) in this process is emphasized. Theoretical assumptions are substantiated using case histories of patients who underwent outpatient psychotherapy for alcohol dependence.

Keywords: *alcohol dependence syndrome, prospective ability, script, genogram, psychotherapy.*