

<https://doi.org/10.23888/HMJ202614175-90>

EDN: ZCJNLB

Предварительные данные связи проспективного мышления и аутоагрессивного поведения с клиническими показателями, выявленными у пациентов с опиоидной зависимостью

А.Р. Пинегин¹, Д.И. Шустов¹, Е.В. Леонов¹, О.Д. Тучина²

¹ Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова, Рязань, Российская Федерация;

² Международный институт развивающего транзактного анализа, Москва, Российская Федерация

АННОТАЦИЯ

Обоснование. Опиоидная зависимость остается глобальной проблемой, ассоциированной с высоким риском аутоагрессивного поведения и нарушений проспективного мышления (ПМ). Недостаточно изучена связь этих факторов с клиническими исходами.

Цель. Изучить взаимосвязь характеристик ПМ, аутоагрессивного поведения, срока ремиссии и приверженности лечению у пациентов с опиоидной зависимостью.

Методы. В поперечное исследование включены 62 пациента (11,3% женщин, средний возраст 35,6 лет). Использовались: Опросник временной перспективы личности Ф. Зимбардо (англ.: *Zimbardo Time Perspective Inventory*, ZTPI), Задача на беглость ПМ (англ.: *Future Thinking Task*, ФТТ), Коэффициент просуицидальной напряженности (КПСН), Шкала импульсивности Барратта (англ.: *Barratt Impulsiveness Scale-11*, BIS-11), Опросник безнадежности А. Бека, Опросник суицидального риска (ОСР). Статистический анализ выполнен в StatTech 4.7.0 (*U*-критерий Манна–Уитни, корреляция Спирмена).

Результаты. Пациенты с ремиссией более 6 месяцев генерировали больше позитивных событий будущего (ФТТ: $p < 0,05$) и были ориентированы на будущее (ZTPI: $p = 0,002$). Группа с ремиссией менее 6 месяцев демонстрировала повышенную импульсивность (BIS-11: $p = 0,039$) и несостоятельность (ОСР: $p < 0,001$).

Заключение. Нарушения ПМ и аутоагрессивного поведения связаны с неблагоприятным течением опиоидной зависимости. Внедрение методов коррекции ПМ может улучшить прогноз.

Ключевые слова: проспективное мышление; аутоагрессивное поведение; опиоидная зависимость; ремиссия; импульсивность.

Для цитирования:

Пинегин А.Р., Шустов Д.И., Леонов Е.В., Тучина О.Д. Предварительные данные связи проспективного мышления и аутоагрессивного поведения с клиническими показателями, выявленными у пациентов с опиоидной зависимостью // Наука молодых (Eruditio Juvenium). 2026. Т. 14, № 1. С. 75–90. doi: 10.23888/HMJ202614175-90 EDN: ZCJNLB

<https://doi.org/10.23888/HMJ202614175-90>

EDN: ZCJNLB

Preliminary Data on the Relationship between Prospective Thinking, Autoaggressive Behavior and Clinical Parameters Identified in Patients with Opioid Dependence

Aleksandr R. Pinegin¹, Dmitry I. Shustov¹, Egor V. Leonov¹, Olga D. Tuchina²

¹ Ryazan State Medical University, Ryazan, Russian Federation;

² International Institute of Developmental Transactional Analysis, Moscow, Russian Federation

ABSTRACT

BACKGROUND: Opioid dependence remains a global problem associated with a high risk of self-harming behavior and impaired prospective thinking (PT). The relationship between these factors and clinical outcomes remains unclear.

AIM: To study the relationship between the characteristics of PT, autoaggressive behavior, remission period and adherence to treatment in patients with opioid dependence.

METHODS: The cross-sectional study included 62 patients (11.3% women, mean age 35.6 years). The following instruments were used: Zimbardo Time Perspective Inventory (ZTPI), Future Thinking Task (FTT), Prosuicidal Strain Index (PSI), Barratt Impulsiveness Scale-11 (BIS-11), Beck Hopelessness Inventory, and Suicide Risk Inventory (SRI). Statistical analysis was performed in Stat Tech 4.7.0 (Mann–Whitney *U*-test, Spearman correlation).

RESULTS: Patients in remission for more than 6 months generated more positive future events (FTT: $p < 0.05$) and were future-oriented (ZTPI: $p = 0.002$). The group in remission for less than 6 months demonstrated increased impulsivity (BIS-11: $p = 0.039$) and incompetence (SRI: $p < 0.001$).

CONCLUSION: Impaired PT and autoaggressive behavior are associated with an unfavorable course of opioid dependence. Introduction of PT correction methods can improve the prognosis.

Keywords: prospective thinking; autoaggressive behavior; opioid dependence; remission; impulsivity.

To cite this article:

Pinegin AR, Shustov DI, Leonov EV, Tuchina OD. Preliminary Data on the Relationship between Prospective Thinking, Autoaggressive Behavior and Clinical Parameters Identified in Patients with Opioid Dependence. *Science of the Young (Eruditio Juvenium)*. 2026;14(1):75–90. doi: 10.23888/HMJ202614175-90 EDN: ZCJNLB

Обоснование

Мировое распространение зависимости от наркотических веществ в последние годы продолжает расти. Исходя из данных отчета Организации Объединенных наций, за 2022 год количество людей, употребляющих наркотические вещества, составляло почти 292 миллиона человек, что на 20% больше, чем за последние 10 лет. Значимое место среди зависимостей от наркотических веществ занимает зависимость от опиоидов, на которую приходится около 20%¹. Несмотря на позитивную динамику в 2015–2016 годах, употребление опиоидов в Российской Федерации в последние годы не снижается. В 2021 году наблюдался рост показателей первичной заболеваемости на 8,3% [1].

Опасность употребления опиоидов заключается не только в их негативном влиянии на соматическое здоровье, но и в более высокой распространенности аутоагрессивных форм поведения среди зависимых от опиоидов в сравнении с потребителями других наркотических веществ, что делает данную группу наркотиков самой смертоносной [2]. Более того, исследователи рассматривают сам факт употребления наркотических веществ как один из частных случаев аутоагрессивного поведения [3].

В последнее время увеличивается число научных работ, рассматривающих расстройства зависимости в парадигме нарушений проспективного мышления (ПМ) [4, 5]. ПМ — термин, описывающий психические функции, отвечающие за способность человека представлять, что может произойти в будущем на эксплицитном (сознательном) или имплицитном (бессознательном) планах [6]. Установлено, что нарушения ПМ наблюдаются при различных психических заболеваниях, в том числе расстройствах зависимости [4, 7]. Так, при алкогольной зависимости наблюдается автобиографическая глоба-

лизация (сверхобобщение), приводящая к снижению специфичности контекста прогнозируемых событий будущего, их яркости, эмоциональности и важности для личности человека [8]. Неспособность полноценно конструировать события гипотетического будущего при аддикциях затрудняет попытки отказаться от аддиктивного поведения, несмотря на очевидные негативные последствия употребления, которые игнорируются больными [9]. Установлено, что потребители опиоидов показывали худшие результаты в задачах по построению будущих сцен в сравнении со здоровой выборкой. Более того, зависимые от опиоидов имели худшие результаты и в прогнозировании будущих событий в сравнении с зависимыми от алкоголя [7]. Кроме того, в рамках нарушения ПМ необходимо учитывать исследования особенностей временной перспективы у зависимых от опиоидов, в которых было обнаружено, что зависимые ориентированы в большей степени на гедонистическое настоящее, фаталистическое настоящее и негативное прошлое, а не на будущее [10]. Это означает, что в приоритет они ставили получение удовольствия в моменте, а не от достижения долгосрочных целей, несмотря на отложенные негативные последствия. При этом ответственность за их жизнь и поступки возлагалась ими в большей степени на волю судьбы, а направленность мышления была смещена с будущего и настоящего на негативные события прошлого. Необходимо отметить, что похожие нарушения временной перспективы с низкой ориентацией на будущее [3] и ПМ обнаруживаются у людей с аутоагрессивным поведением. Нарушения ПМ приводят к ограничению способности человека рассматривать разные варианты решений его текущей ситуации и в конечном итоге могут облегчать переход от ощущения ловушки к суицидальным мыслям и поведению [11], что подтверждается исследованиями, в которых был

¹ World Drug Report 2024 [Интернет]. Доступно по: <https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/world-drug-report-2024.html>. Дата обращения: 08.02.2025.

установлен дефицит эпизодического мышления о будущем среди суицидентов [12].

Ряд авторов рассматривают возникновение аутоагрессивного поведения и суицид в непосредственной связи с нарушениями в работе системы ПМ [3]. Очень немногие исследования рассматривают связь между аутоагрессивным поведением, нарушениями ПМ и аутоагрессивным поведением зависимых [13]. Все еще недостаточно исследований, оценивающих влияние показателей ПМ и аутоагрессии на процесс выздоровления пациентов с зависимостями, в частности опиоидной [5].

Учитывая вышесказанное, актуальным является вопрос изучения взаимосвязей особенностей ПМ и аутоагрессивного поведения у пациентов с зависимостью от опиоидов. Кроме того, интересным представляется изучение этих особенностей в связи с динамикой выздоровления.

Цель — изучить взаимосвязь характеристик ПМ, аутоагрессивного поведения, срока ремиссии и приверженности лечению у пациентов с опиоидной зависимостью.

Методы

Поперечное исследование проводилось в период с 2022 по 2024 гг. на базе Областного клинического наркологического диспансера (г. Рязань).

Выборка исследования состояла из пациентов ($n=62$) с диагнозом «Синдром зависимости от употребления опиоидов» (по МКБ-10: F 11.2), из них женщин — 7 (11,3%). Средний возраст участников составил 35,6 лет ($SD=6,10$). В браке — 22 (35,5%) человека, работающие — 44 (71,0%), с высшим образованием — 16 (25,8%). Все исследуемые проходили диспансерное наблюдение на протяжении трех лет, в рамках которого они ежемесячно отмечались у врача психиатра-нарколога и проходили химико-токсикологическое исследование анализов мочи на содержание наркотических веществ.

Срок ремиссии, подтвержденной химико-токсикологическим исследованием, у пациентов на момент обследования составлял 6,0 [1,0; 12,0] месяцев.

На **1-м этапе** исследования пациенты прошли клиническое интервьюирование с целью оценки клинико-демографических показателей. Кроме того, проводился анализ медицинской документации. На основании лабораторных данных, химико-токсикологического исследования мочи устанавливалась длительность ремиссии (от 1 до 36 месяцев) пациентов на момент начала исследования. Каждый исследуемый прошел тестирование с целью оценки параметров ПМ и аутоагрессии.

Изучение параметров ПМ проведено с помощью Опросника временной перспективы личности Ф. Зимбардо (англ.: *Zimbardo Time Perspective Inventory, ZTPI*) [15] и Задачи на беглость ПМ (англ.: *Future Thinking Task, FTT*) [4].

Опросник ZTPI предназначен для определения временной перспективы личности — устойчивой личностной характеристики, которая отражает склонность человека фокусироваться преимущественно на одном из трёх временных периодов: прошлом, настоящем или будущем [14]. В рамках опросника ZTPI направленность временной перспективы рассматривается в соответствии с субшкалами: «Позитивное прошлое», «Негативное прошлое», «Гедонистическое настоящее», «Фаталистическое настоящее», «Будущее». Он включает в себя 56 вопросов, в рамках которых исследуемому необходимо оценить соответствующие высказывания по пятибалльной шкале Ликерта, от 1 (совершенно неверно) до 5 (совершенно верно). Опросник включает несколько пунктов с обратными значениями, что учитывается при обработке. Каждая из субшкал характеризует превалирующую временную ориентацию у испытуемого:

«Негативное прошлое» (13 пунктов) указывает на ориентацию личности в прошлое через призму неприятных воспоминаний и отношения к нему с отвращением.

Субшкала «Позитивное прошлое» (8 пунктов) отражает ориентированность личности в прошлое через «розовые очки», с ностальгической ноткой.

«Гедонистическое настоящее» (16 пунктов) отражает направленность личности на настоящее в рамках получения постоянного удовольствия от жизни, без сожаления о возможных последствиях.

Личности с преобладающей направленностью временной перспективы на «Фаталистическое настоящее» (8 пунктов) склонны верить в судьбу, в которой невозможны изменения. К настоящему и будущему они относятся с подчиненной позиции, без возможности повлиять на него.

Субшкала «Будущее» (14 пунктов) указывает на наличие у личности целей и планов на будущее, а также поведения, ориентированного на их достижение.

Согласно данным Сырцовой А. и соавт. [14], внутренняя согласованность (α Кронбаха) для субшкал «Негативное прошлое» (0,76), «Гедонистическое настоящее» (0,78), «Будущее» (0,77) имела высокие значения, а для субшкал «Позитивное прошлое» (0,53) и «Фаталистическое настоящее» (0,64) — умеренные значения. Кроме того, авторы адаптации подтвердили конструктивную, конвергентную и дискриминантную валидность шкал опросника.

Задача на беглость ПМ (FTT) [4] использовалась с целью оценки характеристик ПМ, а именно: протяженности временной перспективы (кратко-/средне-/долгосрочная), объема (число событий по различным условиям) и эмоциональной валентности (позитивная, негативная). Пациентам давался ряд инструкций: «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». Условия озвучивались последовательно. По-

следовательность предъявления негативных и позитивных событий чередовалась, события фиксировались на диктофон. В дальнейшем проводилась расшифровка записей и подсчет количества названных событий в каждом из условий. Кодирование событий как «викарные» происходило в том случае, если планы на будущее относились не к личным планам опрашиваемого, а к планам других людей: «сын купит квартиру». Кодирование событий как специфических происходило в том случае, когда называемое событие было конкретным и его длительность ограничивалась сутками, например «в эту пятницу пойду в кино». У 20 испытуемых, в 353 (34,14%) называемых событиях, оценка качества кодирования проводилась методом экспертной оценки (два эксперта). Каппа Коэна в отношении викарных событий составила 0,87 (95% ДИ 0,78–0,95); специфических событий — 0,96 (95% ДИ 0,92–1,00), что свидетельствует о высокой степени согласованности кодировок.

С целью **исследования показателей аутоагрессивного поведения** применялись такие методики, как Коэффициент просуицидальной напряженности (КПСН) [15], Шкала импульсивности Барратта (англ: *Barratt Impulsiveness Scale-11*, BIS-11) [16], Опросник безнадежности А. Бека [17], Опросник суицидального риска (ОСР) [18].

Опросник КПСН направлен на установление интегрального показателя антивитальной характеристики исследуемых. Структура опросника основывается на корреляционном анализе 14 признаков, ассоциированных с аутоагрессивным поведением. Диапазон полученных значений варьируется от 0 до 10. Нормативные значения для мужчин составляют 0,9 (SD=0,6), для женщин 1,0 (SD=0,9) [15]. Хотя классические психометрические показатели (α Кронбаха, критериальная валидность) в оригинальной работе не представлены, валидность методики косвенно подтверждается значимыми различиями между исследуемыми группами (МСАЗ «мужчины, страдающие алкогольной за-

висимостью» vs. МНАЗ «мужчины, не страдающие алкогольной зависимостью», $p < 0,05$) и динамикой коэффициента после терапевтических вмешательств. Ответы подразумевают бинаминальный характер (да/нет). Подсчет результатов проводится в соответствии с двумя формулами, отдельно для мужчин и отдельно для женщин [15].

Опросник безнадежности А. Бека состоит из 11 утверждений, которые отражают отношение исследуемых к своему будущему, сформированное на основе их опыта. Утверждения оцениваются по четырехбалльной шкале: «нет» (1 балл), «скорее нет, чем да» (2 балла), «скорее да, чем нет» (3 балла), «да» (4 балла). Средние нормативные значения составляют 17,60. Авторами адаптации установлена надежность (внутренняя согласованность) шкалы — α Кронбаха=0,90, Раш-надежность=0,82 и эмпирическая валидность шкалы [17].

Шкала BIS-11 направлена на определение степени импульсивности исследуемого. Она состоит из 30 вопросов и в своей структуре имеет 3 субшкалы: способность к планированию и самоконтролю, моторная импульсивность и отвлекаемость внимания.

Субшкала «Способность к планированию и самоконтролю» отражает особенности стиля жизни человека, насколько он склонен действовать под влиянием момента и как сильно концентрируется на деталях. Средние нормативные значения по ней составляют 16,7 (SD=4,1) [19]. Моторная импульсивность отражает тенденцию поступать поспешно, без обдумывания, со средними нормативными показателями 22,0 (SD=4,0) [20]. Отвлекаемость внимания показывает степень внимательности опрашиваемого и его способность концентрироваться на задаче. Средние значения по ней 23,6 (SD=4,9) [19].

По данным Барратта, общий балл 75 говорит о наличии расстройства контроля импульсивности. Баллы на уровне 70–75 указывают на наличие патологической импульсивности, при этом средние попу-

ляционные значения составляют 62,3 (SD=10,3) [19]. Ениколопов С.Н. и Медведева Т.И. (2015) продемонстрировали надежность шкалы (α Кронбаха=0,811) и ее конструктивную валидность [16].

ОСР используется для диагностики уровня суицидальных намерений. Опросник состоит из 28 утверждений, которые сгруппированы по 9 факторным субшкалам («Демонстративность», «Аффективность», «Уникальность», «Несостоятельность», «Социальный пессимизм», «Слом культурных барьеров», «Максимализм», «Временная перспектива», «Антисуицидальный фактор»).

Субшкала «Демонстративность» указывает на стремление вызвать жалость и поддержку, демонстрируя свои страдания, что субъективно воспринимается как попытка быть услышанным. Риск суицида возрастает при сочетании с эмоциональной негибкостью, когда ситуация может стать необратимой. Нормативные показатели 20,0 (0,0; 20,0) [20].

Субшкала «Аффективность» указывает на преобладание чувств над рациональным анализом, импульсивный характер реакций на стрессовые события. Нормативные показатели 17,0 (17,0; 33,0) [20].

Высокие значения по шкале «Уникальность» связаны с неспособностью применять личный или чужой опыт для преодоления трудностей и указывают на лояльность к дисфункциональным решениям проблем, включая суицид. Нормативные показатели 20,0 (0,0; 20,0) [20].

Субшкала «Несостоятельность» говорит о наличии устойчивого чувства собственной неполноценности, бесполезности или оторванности от мира, убежденности в интеллектуальной, физической или моральной ущербности. Нормативные показатели 20,0 (0,0; 20,0) [20].

Субшкала «Социальный пессимизм» отражает убежденность во враждебности и несоответствии мира ожиданиям, обвинениям окружающих в проблемах. Нормативные показатели 33,0 (17,0; 50,0) [20].

Субшкала «Слом культурных барьеров» указывает на поиск оправданий само-

убийства в культурных примерах (литература, кино), вплоть до идеализации смерти.

Субшкала «Максимализм» отражает преувеличение масштабов локальных проблем, неспособность искать компромиссы, эмоциональную фиксацию на неудачах, полную безнадежность. Нормативные показатели 33,0 (33,0; 33,0) [20].

Субшкала «Временная перспектива» отражает трудности в планировании из-за погруженности в текущие проблемы и страх, что неудачи станут постоянными, превращаясь в глобальное ощущение безнадежности. Нормативные показатели 17,0 (0,0; 25,0) [20].

«Антисуицидальный фактор» является провитальным. Высокие значения указывают, что в кризисной ситуации суицидальный риск снижают ответственность за близких, страх боли, моральные или религиозные запреты. Нормативные показатели для женщин составляют 88,1 (SD=2,7), для мужчин 84,2 (SD=3,0) [21].

С целью сопоставимости баллов теста по субшкалам (максимальное значение от 2 до 6), они переводятся в субшкальный диагностический коэффициент в результате умножения сырого балла по шкале на соответствующий индекс шкалы. В связи с тем что количество утверждений тестовых субшкал в каждой методике неодинаково, «сырые» баллы переводятся в проценты от максимального значения, в результате чего выделяют пять уровней риска: 0–20% — низкий; 21–40% — ниже среднего; 41–60% — средний; 61–80% — выше среднего; 81–100% — высокий [21].

Методика прошла эмпирическую валидизацию в исследованиях, где показала способность дифференцировать группы лиц с суицидальными попытками и контрольные группы [21].

На **2-м этапе** исследования, по истечению двух лет с момента проведенного тестирования, посредством изучения медицинской документации было установлено количество пациентов, прервавших диспансерное наблюдение, и количество завершивших либо продолжающих наблюдение в рамках приказа Министер-

ства здравоохранения Российской Федерации от 30.12.20215 № 1034н, с целью установления исхода диспансерного наблюдения. Исходом диспансерного наблюдения могли быть: прерывание диспансерного наблюдения, завершение диспансерного наблюдения в связи с окончанием наблюдения либо продолжение диспансерного наблюдения. Кроме того, было подсчитано количество срывов за период от начала исследования.

На **3-м этапе** исследования пациенты были распределены на группы по длительности ремиссии на дату начала исследования. Граница стратификации была установлена на отметке 6 месяцев, что обусловлено имеющимися сведениями о восстановлении функций планирования у пациентов с наркозависимостью по достижении данного временного порога [22]. В результате выделены группы с ремиссией 1–6 и 7–36 месяцев. Описательная характеристика групп представлена в таблице 1.

В рамках **4-го этапа** для изучения возможных связей показателей ПМ и аутоагрессии с приверженностью к прохождению диспансерного наблюдения пациенты с ремиссией до 1 года на момент тестирования были поделены на две группы по результатам исхода диспансерного наблюдения по истечении двух лет: успешно завершили/продолжают наблюдение либо самовольно прервали наблюдение. Описательная характеристика групп представлена в таблице 2. Отбор пациентов для этого этапа со сроком ремиссии менее 1 года на момент исследования обусловлен особенностями диспансерного наблюдения, поскольку общий срок диспансерного наблюдения, предусмотренный приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30.12.20215 № 1034н для пациентов с синдромом зависимости, имеющих стойкую терапевтическую ремиссию, не превышает трех лет. Таким образом, за пациентами, имевшими на момент исследования ремиссию более 1 года, наблюдение по истечению двухлетнего периода было бы невозможно.

Таблица 1. Характеристика исследуемых групп в зависимости от срока ремиссии

Клинико-демографические показатели		Группы ремиссии		p
		до 6 месяцев	более 6 месяцев	
<i>n</i>		34	28	
Возраст, Ме [IQR]		35 [32,0; 40,5]	37,5 [31,7; 41,0]	0,51
Пол, абс. %	мужчины	28 (82,4)	27 (96,4)	0,11
	женщины	6 (17,6)	1 (3,6)	
Образование, абс. %	школьное образование	7 (20,6)	6 (21,4)	0,99
	высшее образование	9 (26,5)	7 (25,0)	
	среднее образование	18 (52,9)	15 (53,6)	
Семейный статус, абс. %	холост	18 (52,9)	14 (50,0)	0,07
	в браке	9 (26,5)	13 (46,4)	
	разведен	7 (20,6)	1 (3,6)	
Трудовой статус, абс. %	безработный	11 (32,4)	7 (25,0)	0,58
	работает	23 (67,6)	21 (75,0)	
Наследственность по зависимостям, абс. %	не отягощена	14 (41,2)	15 (53,6)	0,33
	отягощена	20 (58,8)	13 (46,4)	
Состав семьи в детстве, абс. %	неполная	12 (35,3)	9 (32,1)	1,00
	полная	22 (64,7)	19 (67,9)	
Возраст начала употребления наркотиков, Ме [IQR]		20 [18,0; 23,0]	19 [15,7; 22,2]	0,25

Таблица 2. Характеристика исследуемых групп в зависимости от приверженности прохождения диспансерного наблюдения

Клинико-демографические показатели		Группы ремиссии		p
		прервали наблюдение	успешно завершили/ продолжают наблюдение	
<i>n</i>		33	15	
Возраст, Ме [IQR]		35 [32,0; 40,0]	34 [32,0; 41,5]	0,99
Пол, абс. %	мужчины	26 (78,8)	15 (100,0)	0,08
	женщины	7 (21,2)	0 (0,0)	
Образование, абс. %	школьное образование	8 (24,2)	4 (26,7)	0,58
	высшее образование	7 (21,2)	5 (33,3)	
	среднее образование	18 (54,5)	6 (40,0)	
Семейный статус, абс. %	не в браке	17 (51,5)	9 (60,0)	0,48
	в браке	12 (36,4)	3 (20,0)	
	разведен	4 (12,1)	3 (20,0)	
Профессиональный статус, абс. %	безработный	11 (33,3)	4 (26,7)	0,74
	работает	22 (66,7)	11 (73,3)	
Наследственность по зависимостям, абс. %	не отягощена	13 (39,4)	10 (66,7)	0,12
	отягощена	20 (60,6)	5 (33,3)	
Состав семьи в детстве, абс. %	неполная	12 (36,4)	6 (40,0)	1,00
	полная	21 (63,6)	9 (60,0)	
Физическое наказание в детстве да — 1, нет — 0, абс. %	не было насилия	27 (81,8)	10 (66,7)	0,28
	было насилие	6 (18,2)	5 (33,3)	
Возраст начала употребления наркотика, Ме [IQR]		20 [16,0; 22,0]	20 [17,5; 22,5]	0,68

На 5-м этапе исследования был проведен анализ связей параметров ПМ и аутоагрессии с количеством срывов за последние 2 года с момента начала тестирования в группе пациентов, имевших на момент исследования ремиссию менее 1 года, а также продолжавших наблюдение на протяжении последних двух лет ($n=15$; см. табл. 2).

Статистический анализ проводился с использованием программы Stat Tech версии 4.7.0 (ООО «Статтех», Россия). Оценка количественных показателей на предмет соответствия нормальному распределению осуществлялась с применением критерия Шапиро–Уилка (для выборок менее 50) или критерия Колмогорова–Смирнова (для выборок более 50).

Для количественных показателей, имеющих нормальное распределение, применялись средние арифметические значения (M) и стандартные отклонения (SD). Репрезентативность средних значений определялась через 95% доверительные интервалы (95% ДИ). В иных случаях использовались медианы (Me) и квартильные границы ($Q1$; $Q3$).

Категориальные данные описывались через абсолютные значения и процентные доли, при этом 95% доверительные интервалы для процентных долей рассчитывались по методу Клоппера–Пирсона.

При подсчете взаимосвязей срока ремиссии от значений ПМ и АА, а также исхода диспансерного наблюдения от ПМ и АА при нормальном распределении и равенстве дисперсий использовался метод t -критерия Стьюдента, в случае неравенства дисперсий применялся t -критерий Уэлча. Если распределение количественного показателя отличалось от нормального, для сравнения групп использовался U -критерий Манна–Уитни.

Для оценки направления и силы корреляционной связи между количеством срывов и значениями ПМ и АА использовался коэффициент ранговой корреляции Спирмена.

Различия рассматривались как статистически значимые при уровне $p < 0,05$.

Результаты

Анализ групп по срокам ремиссии.

По результатам анализа было установлено, что пациенты с ремиссией более 6 месяцев на момент обследования называли статистически значимо большее количество позитивных событий за период 1 год и 5–10 лет (FTT), а также называли больше событий будущего в целом и позитивных событий гипотетического будущего в частности (табл. 3). Кроме того, было установлено, что сумма всех событий за временные периоды в 1 год и 5–10 лет у исследуемых из группы с ремиссией более 6 месяцев была больше. События в данной группе имели большую специфичность, то есть в планах на будущее было больше конкретных событий, например «поеду в субботу на рыбалку», нежели абстрактных — «заработаю денег» (см. табл. 3).

В рамках исследований временной перспективы (ZTP1) зависимые от опиатов со сроком ремиссии до 6 месяцев в большей степени были ориентированы на фаталистическое настоящее, в то время как группа с ремиссией более 6 месяцев ориентирована на будущее (см. табл. 3).

Кроме того, были установлены различия в исследуемых группах и по показателям аутоагрессивного поведения. Группа с меньшим сроком ремиссии имела большие значения по шкале BIS-11, более высокими были также показатели личностного фактора ОСР — «Несостоятельность» и «Временная перспектива» (на уровне тенденции) (табл. 4).

Анализ групп по исходам наблюдения. По результатам анализа статистически значимых различий в показателях ПМ (FTT) между группами с разными исходами наблюдения установлено не было. При этом наблюдались различия в показателях временной перспективы (ZTP1). Так, временная перспектива группы, самовольно прервавшей наблюдение, была в статистически большей степени направлена на негативное прошлое и имела тенденция к фиксации на фаталистическом настоящим (табл. 5).

Анализ различий между группами по показателям аутоагрессивного поведения показал, что группы не различались по КПСН и безнадежности. Однако зна-

чения BIS-11, шкал «Демонстративность» «Несостоятельность» и «Временная перспектива» по ОСП были выше в группе, прервавшей наблюдение (табл. 6).

Таблица 3. Особенности проспективного мышления в зависимости от срока ремиссии

Группы исследования			Группы ремиссии		p
			до 6 месяцев Me [Q1; Q3]	более 6 месяцев Me [Q1; Q3]	
<i>n</i>			34	28	
Задача на беглость проспективно го мышления	позитивные события	1 неделя	3,0 [2,0; 4,0]	4,0 [2,7; 5,0]	0,100
		1 год	3,0 [2,0; 4,7]	4,5 [3,0; 6,0]	0,009*
		5–10 лет	3,0 [1,0; 5,0]	4,5 [3,0; 6,0]	0,028*
	негативные события	1 неделя	1,0 [0,0; 1,7]	2,0 [1,0; 2,0]	0,100
		1 год	1,0 [0,0; 2,0]	1,0 [0,0; 3,0]	0,700
		5–10 лет	1,0 [0,0; 2,0]	1,0 [0,0; 2,0]	0,780
	общее число	Всех событий	12,0 [9,0; 17,5]	17,0 [13,5; 22,2]	0,027*
		Позитивные	8,5 [6,2; 13,0]	12,0 [10,0; 16,2]	0,019*
		Негативные	3,0 [1,0; 6,0]	3,0 [1,7; 6,0]	0,510
		1 неделя	4,0 [2,0; 6,5]	6,0 [4,0; 7,0]	0,070
		1 год	4,0 [3,0; 6,0]	6,0 [4,0; 8,0]	0,025*
		5–10 лет	4,5 [2,0; 6,0]	5,0 [5,0; 7,0]	0,049*
		позитивные специфические события	1,0 [0,0; 1,0]	2,0 [1,0; 4,0]	0,005*
	негативные специфические события	0,0 [0,0; 0,0]	0,0 [0,0; 0,0]	0,890	
общее количество специфических событий	1,0 [0,0; 1,0]	2,0 [1,0; 4,0]	0,011*		
% викарных событий	33,3 [16,6; 50,0]	16,6 [0,0; 33,3]	0,050		
количество викарных событий	0,0 [0,0; 0,0]	0,0 [0,0; 1,0]	0,680		
Опросник временной перспективы личности Ф. Зимбардо	негативное прошлое	3,0 [2,5; 3,8]	2,5 [2,2; 3,1]	0,060	
	гедонистическое настоящее	3,0 [2,5; 3,3]	2,9 [2,4; 3,3]	0,570	
	будущее	3,5 [3,1; 3,9]	4,1 [3,8; 4,4]	0,002*	
	позитивное прошлое	3,6 [3,3; 4,0]	3,5 [3,0; 4,0]	0,590	
	фаталистическое настоящее	2,8 [2,2; 3,4]	2,2 [1,6; 3,0]	0,024*	

Таблица 4. Особенности аутоагрессии в зависимости от срока ремиссии

Группы исследования		Группы ремиссии		p
		до 6 месяцев Me [Q1; Q3]	более 6 месяцев Me [Q1; Q3]	
<i>n</i>		34	28	
Шкала импульсивности Барратта	шкала импульсивности Барратта	68,5 [60,2; 75,0]	62,0 [57,0; 66,2]	0,039*
	внимание	19,0 [17,0; 22,0]	19,0 [17,0; 20,0]	0,430
	двигательная импульсивность	25,0 [23,0; 27,7]	26,5 [24,0; 28,2]	0,190
	отсутствие планирования	27,0 [23,2; 30,0]	26,0 [24,0; 27,0]	0,460
Коэффициент просуицидальной напряженности		2,4 [1,3; 5,1]	2,5 [1,3; 3,5]	0,420
Безнадежность		33,0 [23,0; 34,0]	25,0 [23,0; 33,0]	0,110
Опросник суицидального риска	демонстративность	40,0 [20,0; 40,0]	20,0 [0,0; 40,0]	0,170
	аффективность	33,3 [16,6; 66,6]	33,3 [16,6; 50,0]	0,240
	уникальность	20,0 [0,0; 60,0]	20,0 [0,0; 40,0]	0,290
	несостоятельность	40,0 [20,0; 60,0]	20,0 [0,0; 25,0]	<0,001
	социальный пессимизм	50,0 [33,3; 79,1]	50,0 [29,1; 66,6]	0,090
	слом культурных барьеров	33,3 [0,0; 33,3]	33,3 [0,0; 33,3]	0,500
	максимализм	50,0 [0,0; 50,0]	25,0 [0,0; 50,0]	0,110
	временная перспектива	33,3 [16,6; 50,0]	16,6 [0,0; 33,3]	0,050
антисуицидальный фактор		50,0 [50,0; 100,0]	100,0 [50,0; 100,0]	0,080

Таблица 5. Особенности проспективного мышления в зависимости от исхода наблюдения

Группы исследования		Группы ремиссии		<i>p</i>
		Не наблюдаются Me [Q1; Q3]	Продолжают наблюдение/ завершили наблюдение Me [Q1; Q3]	
<i>n</i>		33	15	
Опросник временной перспективы личности Ф. Зимбардо	негативное прошлое	3,0 [2,6; 4,0]	2,5 [2,1; 3,0]	0,04*
	гедонистическое настоящее	3,0 [2,5; 3,6]	3,0 [2,4; 3,2]	0,46
	будущее	3,6 [3,2; 4,0]	3,9 [3,1; 4,2]	0,86
	позитивное прошлое	3,5 [3,2; 4,0]	3,6 [3,1; 3,8]	0,70
	фаталистическое настоящее	3,0 [2,3; 3,4]	2,2 [1,5; 2,8]	0,05

Таблица 6. Особенности аутоагрессии в зависимости от исхода наблюдения

Группы исследования		Группы ремиссии		<i>p</i>
		Не наблюдаются Me [Q1; Q3]	Продолжают наблюдение/ завершили наблюдение Me [Q1; Q3]	
<i>n</i>		33	15	
Шкала импульсивности Барратта		67,0 [61,2; 75,0]	63,0 [51,7; 67,5]	0,026*
Опросник суицидального риска	демонстративность	40,0 [20,0; 40,0]	20,0 [0,0; 20,0]	0,017*
	аффективность	33,3 [16,6; 50,0]	33,3 [16,6; 50,0]	0,610
	уникальность	20,0 [0,0; 60,0]	20,0 [0,0; 20,0]	0,120
	несостоятельность	40,0 [20,0; 60,0]	20,0 [0,0; 30,0]	0,015*
	социальный пессимизм	50,0 [33,3; 83,3]	50,0 [16,6; 50,0]	0,070
	слом культурных барьеров	33,3 [0,0; 33,3]	0,0 [0,0; 33,3]	0,050
	максимализм	50,0 [0,0; 50,0]	50,0 [0,0; 50,0]	0,900
	временная перспектива	33,3 [16,6; 50,0]	16,6 [0,0; 25,0]	0,023*
антисуицидальный фактор		50,0 [50,0; 100,0]	100,0 [50,0; 100,0]	0,540

Кроме того, были установлены статистически значимые различия в сроках ремиссии и количестве срывов за время прохождения диспансерного наблюдения. В группе исследуемых, прервавших диспансерное наблюдение, было большее количество срывов 4,0 [2,0; 6,0] в сравнении с группой продолживших и завершивших диспансерное наблюдение 2,0 [1,0; 3,0], ($p=0,008$). Наряду с этим группа прервавших диспансерное наблюдение имела меньший срок ремиссии на момент начала исследования 1,0 [1,0; 6,0] против 6,0 [4,5; 12,0], ($p < 0,001$).

Анализ связей показателей ПМ и аутоагрессии с количеством срывов. Говоря о найденных связях между количе-

ством срывов за двухлетний период с момента тестирования и показателями ПМ и аутоагрессии у пациентов, продолживших наблюдение и имевших на начало наблюдения ремиссию не более 1 года, можно отметить, что единственная установленная негативная связь была с показателем ФТТ — общим количеством событий на временном промежутке будущего 5–10 лет ($\rho=-0,251$; $p=0,049$).

Обсуждение

В рамках данного исследования подтверждается связь дефицитов ПМ с более неблагоприятным течением зависимости от опиоидов, что соотносится с подобными данными, установленными при изучении алкогольной зависимости [5]. Прове-

монстрированы различия между группами пациентов с большей и меньшей длительностью ремиссий по ряду параметров (объем, валентность и специфичность), а также установлена корреляционная связь дефицита положительных событий гипотетического будущего с длительностью ремиссии зависимых от опиоидов. Пациенты с большим сроком ремиссии на момент первого обследования называли больше позитивных событий будущего и представляли будущее более конкретно. С одной стороны, полученные нами данные могут указывать на восстановление отвечающих за ПМ функций системы исполнительского контроля и автобиографической памяти при более длительном отказе от наркотиков [23]. С другой стороны, они могут свидетельствовать и о том, что способность планировать позитивные события будущего, а также их большая специфичность благоприятно влияют на сроки ремиссии, что ранее косвенно подтверждалось в исследованиях, нацеленных на тренировку ПМ у людей с аддикциями [24], а также исследованиях, демонстрирующих выраженные ограничения объема и нарушения специфичности ПМ у зависимых [4]. Связь ПМ с длительностью ремиссий подтверждается и большей ориентацией на будущее у пациентов, способных поддерживать более длительные ремиссии, по результатам ZТPI, причем зависимые от опиоидов с меньшими сроками ремиссии оказались значимо ориентированы на фаталистическое настоящее, что указывает на определенный отказ от ответственности за собственную жизнь в пользу «случая», «судьбы» или «высших сил». Подобное фаталистическое отношение отмечалось и другими исследователями [9] и характерно для пациентов с аутоагрессивным поведением [25].

Ожидаемыми оказались и различия в некоторых показателях аутоагрессии. Так, пациенты с низкими сроками ремиссии были более импульсивны и ощущали себя более несостоятельными, чем опиоидные наркоманы со сроком ремиссии более 6 месяцев. Похожие данные получены в исследованиях других зависимостей [26].

При исследовании связей исхода диспансерного наблюдения с ПМ было установлено, что зависимые от опиоидов, прервавшие наблюдение, были преимущественно ориентированы на негативное прошлое. Можно предположить, что избыточный фокус этих пациентов на негативных воспоминаниях, связанных с переживанием негативных эмоций, может приводить к актуализации негативных стратегий совладания с ними через употребление ПАВ [27].

Зависимые, прекратившие наблюдение, были в большей степени импульсивны (BIS-11), переживали свою несостоятельность (ОСР) и имели нарушения в построении будущей временной перспективы (ОСР), которые могут выражаться в невозможности конструктивного планирования будущего вследствие погруженности в действительную ситуацию и ощущения невозможности решить текущие проблемы. Полученные данные пересекаются и с другими исследованиями, посвященными изучению временной перспективы [28], а также способствуют пониманию связи временной перспективы с приверженностью к прохождению программ лечения. Так, чем больше у пациентов было нарушений диспансерного наблюдения, тем в большей степени у них были установлены нарушения временной перспективы.

Учитывая найденную обратную связь между количеством срывов и количеством планируемых событий в долгосрочном промежутке времени — 5–10 лет, можно предположить, что дефицит ПМ у опиоидных зависимых может способствовать более частым срывам. С другой стороны, частые срывы могут способствовать нарушению ПМ за счет нарушения исполнительских функций и автобиографической памяти в результате токсического действия ПАВ [29]. Таким образом, возникает замкнутый круг, где дефицит ПМ приводит к большему количеству срывов, а более частое употребление ПАВ приводит к дефициту ПМ. Дефицит представления отдаленных событий будущего (5–10 лет), называемый «аддиктивной миопи-

ей», является характерной чертой и для пациентов с алкогольной зависимостью, что может указывать на общие закономерности формирования разного типа зависимостей [5]. Однако, учитывая слабый характер данной корреляции и малый объем подвыборки ($n=15$), эти результаты носят гипотетический характер и требуют дальнейшей верификации.

Прямой связи между нарушением ПМ и исходом диспансерного наблюдения выявлено не было. Учитывая тот факт, что для завершения диспансерного наблюдения необходимо наличие стойкой терапевтической ремиссии, полученные данные могут казаться противоречащими друг другу. Тем не менее, их можно объяснить не только небольшой выборкой, но и тем фактом, что пациенты, продолжавшие диспансерное наблюдение, входившие в обобщенную группу продолжающих наблюдение и успешно завершивших наблюдение, могли нарушать ремиссию несмотря на то, что продолжали диспансерное наблюдение. Мотивация к продолжению наблюдения у таких пациентов могла быть не внутренней, в рамках которой необходимо иметь хорошо функционирующую систему ПМ, а скорее внешней, как, например, обязанность продолжать диспансерное наблюдение в рамках приговора уголовного суда. Несмотря на фактическое продолжение диспансерного наблюдения, такие пациенты в течение всего периода наблюдения могут неоднократно нарушать режим и посещать врача психиатра-нарколога вследствие принуждения от органов правопорядка.

Полученные результаты, однако, следует интерпретировать с учетом ряда ограничений. Небольшой объем выборки ($n=64$), ее гендерная неоднородность и отсутствие контрольной группы не позволяют рассматривать данные как окончательные и ограничивают их обобщаемость. Таким образом, учитывая выявлен-

ные ограничения, а также найденные косвенные противоречия, состоящие в установленной связи проспективного мышления со сроком ремиссии при одновременном отсутствии связей между проспективным мышлением и исходом наблюдения, для установления однозначных закономерностей необходимы дальнейшие исследования на более репрезентативных выборках.

Заключение

Характерным нарушением проспективного мышления у опиоидных наркоманов при низких сроках ремиссии является низкое количество позитивных событий гипотетического будущего, а также направленность временной перспективы на фаталистическое настоящее. При увеличении сроков ремиссии параметры проспективного мышления характеризовались ростом числа позитивных событий будущего, специфических событий, а фокус временной перспективы смещался на будущее. У пациентов с более долгими сроками ремиссии снижалась импульсивность и уровень субшкалы «Несостоятельность», что может свидетельствовать о частичной коррекции аутоагрессивных тенденций.

Кроме того, было установлено, что у пациентов, имевших большее количество нарушений режима диспансерного наблюдения, отмечались нарушения в долгосрочном планировании, выражавшиеся в сниженном количестве планов на отдаленное будущее в течение 5 лет.

Связи между нарушением проспективного мышления и исходом диспансерного наблюдения выявлено не было, что не позволяет на данном этапе изучения этой темы уверенно говорить о наличии влияния проспективного мышления на приверженность к выздоровлению у пациентов с опиоидной зависимостью.

Список литературы | References

1. Kirzhanova VV. *Sostoyaniye i deyatel'nost' narkologicheskoy sluzhby v Rossiyskoy Federatsii v 2021–2022 godakh*. Moscow; 2024. EDN: PZJTSO
2. Fontenla A, Vaamonde A, Flórez G. Mortality in patients addicted to opioids across 30-year follow-up. *Adicciones*. 2024;36(2):207–216. doi: 10.20882/adicciones.1803 EDN: SCFLPP
3. Shustov DI, Tuchina OD, Borodkina AU. Katie's Implicit Life Plan for the End of Summer: How Implicit Propection May Influence the Course of Events. In: *Gunn JF 3rd, Lester D, editors. Perspectives on a Young Woman's Suicide: A Study of a Diary*. New York: Routledge; 2021. P. 73–92. doi: 10.4324/9781003125655-9
4. Tuchina OD, Agibalova TV, Kiatrova LR, et al. Testing Future Thinking Task in Russian-Speaking Sample. *Counseling Psychology and Psychotherapy*. 2022;30(3):172–193. doi: 10.17759/cpp.2022300310 EDN: XSZWX
5. Tuchina OD, Shustov DI, Agibalova TV, Shustova SA. Deficits of Prospective Capacity as Possible Mechanism in Pathogenesis of Alcohol Dependence. *Counseling Psychology and Psychotherapy*. 2019;27(1):79–101. doi: 10.17759/cpp.2019270106 EDN: ZABADR
6. D'Argembeau A. Memory, Future Thinking, and the Self. In Honour of Martial Van Der Linden. *Psychol Belg*. 2021;61(1):274–283. doi: 10.5334/pb.1074 EDN: ZXUEWW
7. Mercuri K, Terrett G, Bailey PE, et al. Deconstructing the nature of episodic foresight deficits associated with chronic opiate use. *Br J Clin Psychol*. 2016;55(4):401–413. doi: 10.1111/bjc.12110
8. El Haj M, Moustafa AA, Nandrino J-L. Future Thinking in Korsakoff Syndrome. *Alcohol Alcohol*. 2019;54(4):455–462. doi: 10.1093/alcalc/agz037
9. Leonov EV, Tuchina OD, Fedotov IA, et al. Stimulation of future thinking in stimulant–depending patients using questionnaire–based structured interview. *I.P. Pavlov Russian Medical Biological Herald*. 2024;32(4):595–606. doi: 10.17816/PAVLOVJ626098 EDN: BDTPEJ
10. Polskaya NA. The Link between Time Perspective, Personality Traits and Self-Injurious Behaviour of Opiate-Dependent Patients. *Izvestiya of Saratov University. Philosophy. Psychology. Pedagogy*. 2012;12(3):87–91. doi: 10.18500/1819-7671-2012-12-3-87-91 EDN: PDISDR
11. O'Connor RC. Chapter Eleven. Towards an Integrated Motivational–Volitional Model of Suicidal Behaviour. In: *O'Connor RC, Platt S, Gordon J, editors. International Handbook of Suicide Prevention: Research, Policy and Practice*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.; 2011. P. 181–198. doi: 10.1002/9781119998556.ch11
12. O'Connor RC, Fraser L, Whyte MC, et al. A comparison of specific positive future expectancies and global hopelessness as predictors of suicidal ideation in a prospective study of repeat self-harmers. *J Affect Disord*. 2008;110(3):207–214. doi: 10.1016/j.jad.2008.01.008
13. Shahnaz A, Saffer BY, Klonsky ED. Examining time perspective orientation in suicide ideation and suicide attempts. *Journal of Social and Clinical Psychology*. 2019;38(8):627–646. doi: 10.1521/jscp.2019.38.7.627
14. Sircova A, Sokolova ET, Mitina OV. Adaptation of Zimbardo Time Perspective Inventory. *Psychological Journal*. 2008;29(3):101–109. EDN: INMJJJ
15. Trabelsi F, Kryazhkova DYU, Fedotov IA. Neurobiological and Psychosocial Mechanisms of the Pathogenesis of Autoaggressive Behavior in Borderline Personality Disorder (Literature Review). *Science of the Young (Eruditio Juvenium)*. 2024; 12(1):121–134. doi: 10.23888/HMJ2024121121-134 EDN: XLRCAN
16. Enikolopov SN, Medvedeva TI. Approbation of the Russian-language version of the Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11). *Psychology and Law*. 2015;5(3):75–89. doi: 10.17759/psylaw.2015050307 EDN: UNVSYN
17. Kolachev NI, Chistopolskaya KA, Enikolopov SN, et al. The Psychache Scale by R. Holden and Hopelessness Scale by A. Beck: Diagnostic capabilities for predicting suicide risk. *Psychological Research*. 2023;16(90):7. doi: 10.54359/ps.v16i90.1439 EDN: CLUIAC
18. Razuvayeva TN. *Diagnostika lichnosti*. Shadrinsk; 1993. (In Russ.)
19. Ilyuk RD, Ananyeva NI, Erofeeva NA, et al. The negative effects of non-fatal opioid overdose: study of the quality of life, clinical and psychopathological characteristics, impulsivity, neurocognitive functioning (cantab) and MRI voxel-based morphometry in patients with opioid use disorder. *Journal of Addiction Problems*. 2018; (10–11):55–100. EDN: YSRVAVN
20. Piskaryova SA, Avabdeh DS, Zalata OA. Study of self-assessment in medical students with different risk of suicidal behavior. In: *Vlasenko RYa, editor. Motivatsionnyye aspekty fizicheskoy aktivnosti: materialy IV Vserossiyskoy mezhdistsiplinarnoy konferentsii, posvyashchennoy svetloy pamyati pervogo rektora NovGU Vladimira Vasilyevicha Soroki; Veliky Novgorod, 14 February 2020*. Veliky Novgorod; 2020. P. 59–66. (In Russ.)
21. Klimov VM, Aizman RI. The analysis of suicide risk factors among students of higher education institutions. *Novosibirsk State Pedagogical University Bulletin*. 2017;7(5):55–66. doi: 10.15293/2226-3365.1705.04 EDN: ZQXRSP
22. Semenova-Polyah GG. Vital self-determination of drug addicts during remission. *Azimuth Nauchnyh Issledovaniy: Pedagogika i Psihologiya*. 2014;(4): 109–111. EDN: TEHOBT

23. Schulte MHJ, Cousijn J, den Uyl TE, et al. Recovery of neurocognitive functions following sustained abstinence after substance dependence and implications for treatment. *Clin Psychol Rev.* 2014;34(7):531–550. doi: 10.1016/j.cpr.2014.08.002 EDN: UQKDZZ
24. Snider SE, LaConte SM, Bickel WK. Episodic Future Thinking: Expansion of the Temporal Window in Individuals with Alcohol Dependence. *Alcohol Clin Exp Res.* 2016;40(7):1558–1566. doi: 10.1111/acer.13112
25. Karaytuğ MO, Tamam L, Demirkol ME, et al. The Mediating Role of Time Perspective in the Relationship between Chronotype and Suicide in Bipolar Disorder. *Behav Sci (Basel).* 2022;12(12):492. doi: 10.3390/bs12120492 EDN: AFVJYX
26. Dubatova IV, Antsyborov AV. The role of impulsivity and impulse control disorders in the formation of addictive disorders. *Interactive Science.* 2019;(6):68–84. doi: 10.21661/i-497111 EDN: PBXLOW
27. Khantzian EJ, Albanese MJ. *Understanding Addiction as Self Medication: Finding Hope Behind the Pain.* Lanham: Rowman & Littlefield Publishers; 2008.
28. Koshelskaya TV. The time perspective in drug addicts and its role in rehabilitation. *Bulletin of Kemerovo State University.* 2016;(4):157–161. doi: 10.21603/2078-8975-2016-4-157-161 EDN: XDXXWF
29. Ramaekers JG, Kauert G, van Ruitenbeek P, et al. High-potency marijuana impairs executive function and inhibitory motor control. *Neuropsychopharmacology.* 2006;31(10):2296–2303. doi: 10.1038/sj.npp.1301068

Дополнительная информация | Additional Information

Этическая экспертиза. Проведение исследования одобрено Локальным этическим комитетом Рязанского государственного медицинского университета имени академика И.П. Павлова (Протокол № 1 от 12.09.2022). Все участники исследования подписали форму информированного добровольного согласия до включения в исследование.

Согласие на публикацию. Авторы получили письменное информированное согласие пациентов на публикацию персональных данных в научном журнале, включая его электронную версию. Объем публикуемых данных с пациентами согласован.

Источники финансирования. Отсутствуют.

Раскрытие интересов. Авторы заявляют об отсутствии отношений, деятельности и интересов, связанных с третьими лицами (коммерческими и некоммерческими), интересы которых могут быть затронуты содержанием статьи.

Оригинальность. При создании статьи авторы не использовали ранее опубликованные сведения (текст, иллюстрации, данные).

Генеративный искусственный интеллект. При создании статьи технологии генеративного искусственного интеллекта не использовали.

Рецензирование. В рецензировании участвовали два рецензента и член редакционной коллегии издания.

Об авторах:

***Пинегин Александр Романович;**

адрес: Российская Федерация, 390000, Рязань, ул. Высоковольтная, д. 9;
eLibrary SPIN: 4718-1398;
ORCID: 0000-0002-3833-3148;
e-mail: dr.pinegin@mail.ru

Шустов Дмитрий Иванович, д-р мед. наук, профессор;

eLibrary SPIN: 3887-5475;
ORCID: 0000-0003-0989-6598;
e-mail: dmitri_shustov@mail.ru

Леонов Егор Владимирович;

eLibrary SPIN: 8297-1263;
ORCID: 0000-0003-4624-5815;
e-mail: leonov.psychiatry@gmail.com

Тучина Ольга Дмитриевна, канд. психол. наук;

eLibrary SPIN: 8420-3548;
ORCID: 0000-0002-0683-9080;
e-mail: shtuchina@gmail.com

Ethics approval: The study was approved from the Ethics Committee of the Ryazan State Medical University (Protocol No. 1 of September 12, 2022). All participants of study voluntarily signed an informed consent form before being included in the study.

Consent for publication. The authors obtained written informed consent from patients to publish their personal data in a scientific journal, including its electronic version. The scope of the published data was agreed upon with the patients.

Funding sources. No funding.

Disclosure of interests. The authors have no relationships, activities or interests related with for-profit or not-for-profit third parties whose interests may be affected by the content of the article.

Statement of originality. The authors did not use previously published information (text, illustrations, data) when creating work.

Generative AI. Generative AI technologies were not used for this article creation.

Peer-review. Two reviewers and a member of the editorial board participated in the review.

Authors' Info:

***Aleksandr R. Pinegin;**

address: 9 Vysokovoltynaya st, Ryazan, Russian Federation, 390000;
eLibrary SPIN: 4718-1398;
ORCID: 0000-0002-3833-3148;
e-mail: dr.pinegin@mail.ru

Dmitry I. Shustov, MD, Dr. Sci. (Medicine), Professor;

eLibrary SPIN: 3887-5475;
ORCID: 0000-0003-0989-6598;
e-mail: dmitri_shustov@mail.ru

Egor V. Leonov;

eLibrary SPIN: 8297-1263;
ORCID: 0000-0003-4624-5815;
e-mail: leonov.psychiatry@gmail.com

Olga D. Tuchina, MD, Candr. Sci. (Psychology);

eLibrary SPIN: 8420-3548;
ORCID: 0000-0002-0683-9080;
e-mail: shtuchina@gmail.com

Вклад авторов:

Пинегин А.Р. — сбор и анализ данных, набор текста, редактирование.

Шустов Д.И. — концепция исследования, экспертная оценка информации, редактирование.

Леонов Е.В. — экспертная оценка информации, редактирование.

Тучина О.Д. — экспертная оценка информации, редактирование.

Все авторы одобрили рукопись (версию для публикации), согласились нести ответственность за все аспекты работы, гарантируя надлежащее рассмотрение и решение вопросов, связанных с точностью и добросовестностью любой ее части.

Author contributions:

Pinegin A.R. — collection and analysis of data, writing the text, editing.

Shustov D.I. — concept of the study, expert evaluation of information, editing.

Leonov E.V. — expert evaluation of information, editing.

Tuchina O.D. — expert evaluation of information, editing.

All authors approved the manuscript (the publication version), and also agreed to be responsible for all aspects of the work, ensuring proper consideration and resolution of issues related to the accuracy and integrity of any part of it.