

ГИЛЯЗЕВА ГУЗЕЛЬ АЙРАТОВНА

**ОСОБЕННОСТИ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ОДИНОКИХ
ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ АЛКОГОЛИЗМОМ**

14.01.06 – Психиатрия

Автореферат

диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Москва – 2018

Диссертационная работа выполнена в Федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении высшего образования «Казанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Научный руководитель:

доктор медицинских наук,
профессор, Заслуженный врач РТ

Шайдукова Лейла Казбековна

Официальные оппоненты:

Гофман Александр Генрихович – доктор медицинских наук, профессор, Московский научно-исследовательский институт психиатрии - филиал Федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Министерства здравоохранения Российской Федерации, руководитель отделения психических расстройств, осложненных патологическими видами зависимости

Карпов Анатолий Михайлович – доктор медицинских наук, профессор, Казанская государственная медицинская академия – филиал Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения дополнительного профессионального образования «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Министерства здравоохранения Российской Федерации, кафедра психотерапии и наркологии, заведующий кафедрой

Ведущая организация: Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И.Пирогова Минздрава России)

Защита состоится «___» _____ года в ____ часов на заседании диссертационного совета Д 208.040.07 ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет): 119991, г. Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2

С диссертацией можно ознакомиться в Центральной научной медицинской библиотеке ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет): 119021, г. Москва, Зубовский б-р, 37/1 и на сайте организации www.sechenov.ru.

Автореферат разослан «___» _____ 2018 года.

Ученый секретарь

диссертационного совета Д 208.040.07

доктор медицинский наук,
профессор

Дамулин Игорь Владимирович

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы исследования

Женский алкоголизм является распространенным заболеванием, склонным к росту, расширению в популяции с вовлечением лиц различных возрастных и профессиональных категорий. Статистика свидетельствует об увеличении числа женщин, страдающих алкоголизмом. В современной научной литературе достаточно полно отражены этно – культуральные, социо – демографические, эпидемиологические и медико – психологические аспекты женского алкоголизма; глубоко изучены гендерные особенности заболевания. Известно, что аффективные нарушения в виде депрессий различного генеза коморбидны женскому алкоголизму и являются часто встречаемой патологией. Исследователи сходятся во мнении, что довольно сложно выявить ведущую причину возникновения депрессивных расстройств, т.к. при злоупотреблении алкоголем отмечается воздействие интоксикационного фактора, большую роль играет преморбидно – характерологический, ситуационно – психологический и клинико – психопатологический аспекты. Однако в последние годы подавляющее большинство отечественных исследователей считают, что депрессия как целостный синдром встречается при алкоголизме крайне редко, а депрессивная симптоматика является одним из компонентов патологического влечения к алкоголю (В.Б.Альтшуллер, 1994; Н.Н. Иванец с сотр., 1983 –2007; Ю.В. Валентик, 1984; Е.Н.Крылов, 2004). О тесной связи депрессивных расстройств и патологического влечения к алкоголю сообщают и многие зарубежные авторы (Н.М. Pettinati et al., 2001; С. Marchesi, 1988 и др.).

Вместе с тем, роль одиночества в возникновении, формировании, течении алкоголизма и его влияние на депрессивные расстройства у женского контингента больных исследованы недостаточно. Определенную значимость приобретает характерный для женского алкоголизма фактор стигматизации – наложение «клейма» на женщин, злоупотребляющих алкоголем. К ним общественное мнение более сурово, поэтому у них чаще проявляются специфические феномены, существенно влияющие на клинику и течение заболевания: чувство вины и стыда, низкая самооценка, поздняя

обращаемость за помощью, скрытое употребление алкоголя, склонность к одиночному пьянству и т. д. Изучение роли стигматизации у одиноких женщин, злоупотребляющих алкоголем является значимым для последующего проведения психологической коррекции с дальнейшим выделением специфических мишеней. Эти женщины отличаются специфическими социальными, психологическими и демографическими особенностями, характеризуются многорольными функциями и определенным социальным статусом. Актуальность выбранной тематики очевидна, продиктована не только ростом самого заболевания среди женщин, но и расширением коморбидной патологии, влиянием различных факторов в виде стигматизации и депривации.

Цель исследования

Целью исследования являлось изучение особенностей депрессивных расстройств у одиноких женщин, страдающих алкоголизмом.

Задачи исследования

1. Изучить клинико – психопатологические особенности депрессивных расстройств у женщин страдающих алкоголизмом, выделить клинические варианты;
2. Дать сравнительную характеристику депрессивных нарушений в группах одиноких и замужних женщин;
3. Выделить виды стигматизации, определить ее роль в клинике депрессивных расстройств у женщин, страдающих алкоголизмом;
4. Изучить выявленный феномен «депрессивной анозогнозии» и его взаимодействие с симптомом алкогольной анозогнозии у обследованного контингента больных;
5. Исследовать мотивационно – психологические факторы алкоголизации в группе одиноких и замужних женщин;
6. Выработать практические рекомендации для проведения психологической коррекции в соответствии с депривационными, стигматизационными и другими выявленными «мишенями».

Научная новизна

Впервые описаны клинические особенности депрессивных расстройств у одиноких женщин, страдающих алкоголизмом. Определена роль одиночества в формировании различных клинических вариантов аффективных нарушений.

Описанные депрессивные расстройства изучены с точки зрения влияния фактора стигматизации, дана структурно –динамическая характеристика этого феномена. Обнаружена специфическая атипия депрессивных расстройств у больных, препятствующий их выявлению в наркологической сети. Впервые выделены и описаны каузальные составляющие «депрессивной анозогнозии», проведена корреляция с «алкогольной анозогнозией». Определен алгоритм психокоррекционной работы в соответствии с выявленными закономерностями.

Научно-практическая значимость исследования

В результате исследования выработаны рекомендации для психокоррекции в соответствии с выявленными клинико –психопатологическими особенностями депрессивных расстройств у одиноких и замужних женщин, страдающих алкоголизмом. Выделенные нами симптом депрессивной анозогнозии в сочетании с алкогольной анозогнозией, а также роль стигматизации и депривации (одиночество) позволит сформировать «мишень –центрированную» программу психокоррекции данного контингента больных в амбулаторной и стационарной сетях.

Положения, выносимые на защиту

1. Депрессивные расстройства неоднородны по своей клинической характеристике;
2. Частота определенных вариантов депрессивных расстройств различаются у одиноких и замужних женщин;
3. Изучение особенностей депрессивных расстройств у обследованных женщин, выявило значение стигматизационного фактора, неоднородного по своей структуре;
4. Изучение психопатологического синдрома анозогнозии выявило сходство между депрессивной и алкогольной анозогнозией у обследованного контингента больных;
5. Выявленные особенности депрессивных расстройств и сопутствующие им феномен стигматизации, анозогнозии являются «мишенями» психотерапии на фоне медикаментозного лечения депрессивных нарушений.

Методология исследования и методы исследования:

Исследование проводилось в период с 2013 по 2016 год на базе ГАУЗ «РНД МЗ РТ» г. Казани, 2 –го стационарного отделения. Для решения поставленных в работе

задач применялся клинико – психопатологический метод, клинико –катамнестический, а также экспериментально –психологический и статистический методы.

Достоверность научных положений и выводов обеспечивается репрезентативностью материала, адекватностью и комплексностью методов исследования соответствующим поставленным задачам.

Апробация работы

Основные результаты исследования были апробированы на Всероссийской научно – практической конференции с международным участием «Реабилитация и дестигматизация в психиатрии» (Санкт – Петербург, 2013 г.); Российской научной конференции с международным участием «Психиатрия: дороги к мастерству» (Ростов –на –Дону); 11 –й Всероссийской Общественной профессиональной медицинской психотерапевтической конференции «Амбулаторная и больничная психотерапия и медицинская психология» (Москва, 2013г.); Всероссийской междисциплинарной научно – практической конференции «Актуальные проблемы возрастной наркологии и профилактика аддиктивных состояний» (Челябинск, 2013г.); Всероссийской научно – практической конференции с международным участием «Междисциплинарный подход к пониманию и лечению психических расстройств: миф или реальность? (Санкт – Петербург, 2014 г.).

Личный вклад автора

Автором проведен анализ литературных данных по теме исследования. Самостоятельно определено направление исследования, разработан план и дизайн исследования. Автором проводился отбор пациентов, обработка клинических данных, расшифровка оценочных шкал опросников. Кроме того, была проведена статистическая обработка полученных результатов с последующей формулировкой выводов.

Внедрение результатов исследования. Основные результаты исследования внедрены в практическую деятельность ГАУЗ «Республиканский наркологический диспансер МЗ РТ», учебный процесс кафедры психиатрии и наркологии ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России.

Соответствие диссертации паспорту научной специальности

Диссертация соответствует паспорту научной специальности 14.01.06 – психиатрия – специальность клинической медицины, изучающая клинические, социально-

психологические и биологические основы психических заболеваний, их клинические проявления, патогенез, лечение, профилактику и реабилитацию психических больных. Совершенствование методов профилактики, ранней диагностики и современных методов лечения психических заболеваний будет способствовать сохранению здоровья населения страны; области исследований согласно пунктам 4, 6, 7; отрасли наук: медицинские науки.

Объем и структура диссертации

Диссертация изложена на 158 страницах машинописного текста и состоит из введения, 5 глав, обсуждения полученных результатов, выводов, практических рекомендаций, списка используемой литературы, состоящий из 173 источников отечественной и 104 зарубежной литературы, иллюстрирована 22 диаграммами, 1 рисунком, 6 таблицами, 5 клиническими иллюстрациями и 2 приложениями.

Публикации

По материалам диссертации опубликовано 18 печатных работ, в том числе 10 статей в научных изданиях, рекомендованных ВАК Министерства образования и науки РФ.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Всего в исследование было включено 150 женщин, страдающих алкогольной зависимостью. В исследование включались пациенты соответствующие следующим критериям: наличие верифицированного диагноза алкогольной зависимости в результате комплексного клинического исследования; наличие аффективных расстройств депрессивного спектра, а также информированного согласия на участие в исследовании. В исследование не включались пациенты с психической патологией (шизофренией и другими эндогенными заболеваниями); верифицированным органическим поражением головного мозга, наличием алкогольной деменции, а также тяжелым соматическим заболеванием в стадии декомпенсации.

Распределение больных с синдромом зависимости от алкоголя с сопутствующим депрессивным расстройством на группы было следующим: основная группа и группа

сравнения. Основную группу составили 102 женщины (средний возраст $38,6 \pm 9,4$) находящиеся в ситуации одиночества. Группу сравнения составили 48 женщин (средний возраст $36,1 \pm 10,7$), состоящих в браке или имеющих партнера.

Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием программного пакета Statistica 10.0. Проверку на нормальность распределения признака осуществлялась с помощью W-теста Шапиро-Уилка. Выполнялся описательный и сравнительный анализ. Описательный анализ включал определение среднего арифметического значения ($\bar{X}$), ошибки среднего значения (m). Сравнительный анализ основывался на определении достоверности разницы показателей по Z-критерию Манна-Уитни. Критический уровень значимости (p) при проверке статистических гипотез в исследовании принимался 0,05. Для оценки корреляционной зависимости показателей использовался поиск коэффициента Спирмена. Достоверность отличий между связанными выборками проводилась критерием Вилькоксона.

Результаты исследования

В результате исследования было выявлено, что депрессивные расстройства у женщин, страдающих алкоголизмом клинически неоднородны и имеют следующие особенности. Для аффективных нарушений у данной категории больных характерны атипизм, бедность депрессивной симптоматики. При исследовании основных и дополнительных симптомов депрессии согласно МКБ-10, были получены следующие результаты. Снижение настроения в основной группе наблюдалось в 87,2% случаев, в группе сравнения - 83,3%; интересов и способности получать удовольствие в 74,5% и 77% соответственно; заниженная самооценка в основной группе - 82,3%, в группе сравнения - 81,2%; нарушение сна в 81,3% и 85,4% случаев соответственно. При анализе данных симптомов значимых различий между группами не выявлено.

В ходе исследования было обнаружено, что атипизм обусловлен фасадами – тревожным, апатическим, астеническим, истерическим, ипохондрическим. В соответствии с полученными данными были выделены клинические варианты депрессивных расстройств: тревожно-депрессивный, апато-депрессивный, астено-депрессивный, истеро-депрессивный и депрессивно-ипохондрический (см.табл. 1).

Таблица 1. Варианты депрессивных расстройств в двух группах.

Варианты депрессивных расстройств	Основная группа, %	Группа сравнения, %	P – уровень
тревожно –депрессивный	16,7	14,6	>0,05
апато –депрессивный	41,2	12,5	<0,01
астено –депрессивный	17,6	18,7	>0,05
истеро –депрессивный	8,8	37,5	<0,01
депрессивно – ипохондрический	15,7	16,7	>0,05

Сравнение депрессивных расстройств у одиноких и замужних женщин выявило достоверную частоту отдельных клинических вариантов.

При изучении женщин, злоупотребляющих алкоголем, клинко – психопатологическим и экспериментально – психологическим методами была выявлена взаимосвязь клинических вариантов депрессивных расстройств с профилями личности ММРІ в двух группах.

У одиноких женщин наиболее часто встречался **апато – депрессивный вариант** (выявлялся у 42 пациенток из основной группы и у 6 пациенток из группы сравнения). Женщины, находящиеся в ситуации одиночества характеризовались специфической анэргией, апатией. Анэргия имела диффузный характер, вытекала из общей установки на отказ от деятельности из –за потери ее смысла, в связи с изменившейся ситуацией, отсутствием партнера. Данная категория больных была наиболее «стигматизирована» в отношении алкоголизма и одиночества, их в большей степени волновал социально – семейный статус.

Коммуникативная депривация служила основным и ведущим мотивом начального употребления алкоголя, в одних случаях, являясь его причиной, в других – триггерным механизмом рецидивирования.

При экспериментально – психологическом исследовании на профиле ММРІ отмечалось увеличение оценочной шкалы «D» (депрессии) – $76,29 \pm 2,09$ балла и низкие показатели по шкале «Ma» (гипомании) $46,57 \pm 2,62$ балла.

У замужних женщин наиболее часто выявлялся **истеро – депрессивный вариант** (выявлялся у 9 пациенток из первой и у 18 пациенток из второй группы). Данный вариант депрессивных расстройств нередко коррелировал с психопатоподобными нарушениями. Также большое влияние оказывал ситуационный фактор, характеризовался наличием внешнего наблюдателя. Большую роль в развитии данного варианта депрессивных расстройств играли преморбидные особенности, а также наличие психотравмирующих событий в жизни. На первый план выходило демонстративно преувеличенное переживание своего горя, в то время как типичные признаки депрессивных расстройств были выражены незначительно.

Изучая характер психотравм, повлекших у обследованных женщин истеро – депрессивные расстройства, сочетающихся с эксцессивной алкоголизацией, ретроспективный анализ показал, что в период брачного существования женщин аффективные нарушения проявлялись в рамках либо неглубоких невротических, либо затем психопатических истероформных образований. После психотравмирующего распада семьи истерические расстройства приобретали максимально дезадаптационный характер, что сочеталось с усилением алкоголизации пациенток.

При экспериментально – психологическом исследовании на профиле ММРІ отмечалось увеличение оценочной шкалы «D» (депрессии) – $72,71 \pm 3,27$ балла и «Ну» (истерии) $70,71 \pm 2,36$ балла.

Тревожно-депрессивный вариант (наблюдался у 17 пациенток из первой группы и у 7 пациенток из второй) проявлялся сочетанием состояния тревоги и депрессии. При данном варианте ведущим симптомом болезни была тревога, замещающая присущую типичным депрессиям заторможенность. Выраженность тревоги была различной — от диффузной, мало дифференцированной, до острой, приступообразной. Диффузная тревога отмечалась у всех пациенток этой группы, но осознавалась не всеми. Некоторые из пациентов отмечали наличие у них более очерченных, сильных, приступообразных состояний тревоги на фоне обычной диффузной тревожности. При диффузной тревоге депрессивные нарушения были равно выраженными, но при пароксизмальных тревожных состояниях депрессия уходила на задний план, уступая место вегетативным проявлениям.

При экспериментально – психологическом исследовании на профиле MMPI отмечалось увеличение оценочной шкалы «D» (депрессии) – $74,21 \pm 2,03$ балла и «Pt» (психастении) $71,83 \pm 3,06$ балла.

Астено – депрессивный вариант (наблюдался у 18 пациенток, во второй группе был обнаружен у 9 пациенток) характеризовался состоянием повышенной утомляемости с частой сменой настроения, раздражительной слабостью, истощаемостью, гиперестезией, слезливостью. Клиника астено –депрессивных расстройств проявлялась в симбиозе обоих радикалов – астенического и депрессивного. Астения не доходила до выраженных степеней и проявлялась в виде гипостении – истощения энергетических ресурсов, психофизической вялости. Депрессивные нарушения зависели от сопутствующей гипостении – наблюдались плаксивость, недержание аффекта, фиксация на негативных моментах, чувства жалости к себе. Чувство одиночества, пустоты в первой группе, а также неоправданные надежды в отношении мужа, близких в контрольной группе служили дополнительной психологической нагрузкой.

При экспериментально – психологическом исследовании на профиле MMPI наблюдалось увеличение оценочной шкалы «HS» (ипохондрии) – $73,94 \pm 2,27$ балла и «Pt» (психастении) $70,29 \pm 3,14$ балла.

Депрессивно –ипохондрический вариант (наблюдался у 16 пациенток, во второй группе был обнаружен у 8 пациенток) характеризовался наличием ипохондрических, малофиксированных, преходящих жалоб на состояние здоровья. Характерно, что при этом варианте не отмечалось двигательной и идеаторной заторможенности. В случаях ипохондрической депрессии подавленность сочеталась с чувством безнадежности, убежденностью в наличии тяжелого недуга, страхом смерти. Наблюдалось сниженное настроение в сочетании с повышенной тревожностью относительно состояния своего здоровья, навязчивые мысли наличия тяжелого заболевания или развития его осложнений. Свою алкоголизацию больные объясняли желанием уменьшить соматические симптомы.

При экспериментально – психологическом исследовании на профиле MMPI отмечалось увеличение оценочной шкалы «HS» (ипохондрии)– $74,71 \pm 2,79$ балла и по шкале «D»(депрессии) $72,53 \pm 3,47$ балла.

Различия между группами при тревожно – и астено – депрессивном, а также при депрессивно –ипохондрическом варианте не достигали степени статистической достоверности ($p>0,05$).

В исследовании была изучена корреляция «Шкалы одиночества» и «Шкалы депрессии Готланда» у женщин, злоупотребляющих алкоголем. Уровень одиночества (низкий, средний, высокий) выявленный с помощью шкалы UCLA, был достоверным показателем наличия субдепрессивных или депрессивных состояний по шкале Готланда.

В возникновении депрессивных нарушений большое значение имеет стигматизация данного контингента больных. При исследовании данного аспекта в основной группе и группе сравнения, нами были выявлены 5 видов стигматизации: полоролевая, депривационная, общественно – бытовая, социально –трудовая и аутостигматизация. Каждый из видов показывал в какой сфере пациент наиболее стигматизирован (Диаграмма 1).

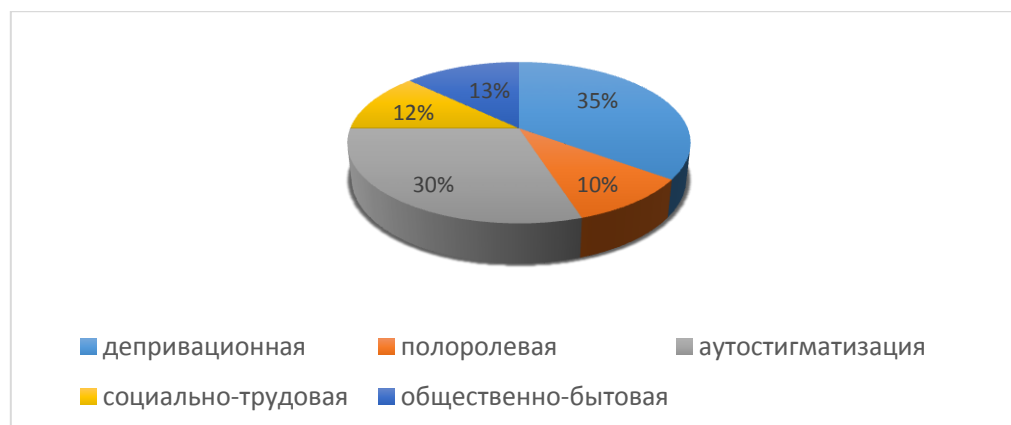


Диаграмма 1. Виды стигматизации

В результате исследования было выявлено преобладание депривационной (35% больных) и аутостигматизации (30% больных), при меньшей выраженности других стигматизационных тенденций. Преобладание депривационной стигматизации еще раз доказывает коморбидность одиночества и алкоголизма как утяжеляющих друг друга факторов. Доминирование аутостигматизации указывает на значительное снижение самооценки у данной категории женщин, что подтверждается дополнительным исследованием по модифицированному тесту Дембо-Рубинштейна. Согласно данному

тесту женщины чаще всего выбирали отрицательные качества (некрасивая, малозаметная, отталкивающая, безответственная, неуспешная и т.д.).

Обозначенный выше атипизм депрессивных расстройств был также обусловлен двойной анозогнозией – непониманием и непризнанием как алкогольной так и депрессивной патологии - **феномен «депрессивной» и «алкогольной» анозогнозии»**. В основной группе данный феномен наблюдался в 42 % случаев (у 63 больных), в контрольной группе в 20,6% случаев (у 31 больной).

«Депрессивная анозогнозия» во многом перекликалась с «алкогольной», в ходе исследования выявлены ее каузальные составляющие; нами предложена следующая классификация: суперфициальная, когнитивная, перцептивная, сапплантинговая, комплаентная, стигматизационная.

Суперфициальная составляющая «депрессивной анозогнозии» выражалась в попытке объяснить снижение настроения внешними, поверхностными причинами. Эмоциональное состояние увязывалось с какой –либо психотравмирующей ситуацией или принималось как временное состояние в связи с восстановлением после жизненных потрясений (выявлялась у 26 пациенток).

Суперфициальная составляющая «алкогольной анозогнозии» – проявлялась в объяснении алкоголизации исключительно внешними причинами, отрицание своей ответственности, перекладывание ее на сложившиеся обстоятельства (выявлялась у 32 больных).

Когнитивная составляющая «депрессивной анозогнозии» – незнание клиники депрессии, депрессивная анозогнозия как показатель «психиатрического невежества». Характерно представление соответствующее либо тяжелому депрессивному эпизоду либо ложное представление о симптомах депрессии (выявлялась у 7 пациенток).

Когнитивная составляющая «алкогольной анозогнозии» – выражалась в «наркологическом невежестве» пациенток, когда пьянство приписывалось вредным привычкам, слабой воле, «дурному» характеру и не воспринималось как серьезное биологическое заболевание (выявлялась у 12 больных).

Перцептивная составляющая «депрессивной анозогнозии» – плохое осознание пониженного настроения, восприятие его как нормы. При этом пациенты испытывали затруднение в определении и описании (вербализации) собственных эмоций, телесных

ощущений, фокусировались преимущественно на внешних событиях, в ущерб внутренним переживаниям (выявлялась у 22 пациенток).

Перцептивная составляющая «алкогольной анозогнозии» проявлялась в отсутствии ощущения болезненности интоксикационных проявлений, в восприятии их как нормы, что объяснялось пациентками традициями употребления алкоголя в соответствующей среде (выявлялась у 9 больных).

Результат саппланта – вытеснение факта наличия депрессии, уход от проблемы, игнорирование как несущественной, временной и обратимой. Здесь характерно наличие психологических механизмов защиты для предохранения осознания личностью различного рода отрицательных эмоциональных переживаний, способствующих сохранению психологического равновесия и стабильности (выявлялся у 14 больных).

Сапплантиновая составляющая при «алкогольной анозогнозии» – вытеснение факта наличия алкоголизма как заболевания; уход, игнорирование и отрицание факта длительной дезадаптирующей алкоголизации (выявлялась у 28 больных).

Комплаентная составляющая «депрессивной анозогнозии» – нежелание сотрудничать с врачом, следовать его советам, «психотерапевтическая глухота», отказ принимать лекарства, посещать врача в назначенные дни. При этом было характерно расхождение субъективной и объективной оценки психического состояния больных (выявлялась у 8 больных).

Нонкомплаентная составляющая «алкогольной анозогнозии» – выражалась в избегании контактов с врачами наркологами без экстренной необходимости. Общение с медиками носило часто вынужденный характер – в ситуации тяжелых абстинентных состояний, психозов, или при настаивании родственников больных (выявлялась у 14 больных).

Стигматизационная составляющая «депрессивной анозогнозии» – страх отнесения к группе абнормальных, опасение быть признанным психически больным. При наличии явных симптомов депрессии, пациенты «проводили грань» между ними и больными с психическими расстройствами (выявлялась у 25 больных).

Стигматизационная составляющая «алкогольной анозогнозии» проявлялась в нежелании быть отнесенными к группе «женщин –алкоголичек», в максимальном

продлении периода скрытой, латентной алкоголизации, что особенно показательно при одиночном женском пьянстве (выявлялась у 27 больных).

Различия в выявлении составляющих «депрессивной» и «алкогольной анозогнозии» между основной группой и группой сравнения статистически были недостоверны.

На основе полученных данных была изучена мотивация начала употребления алкоголя [Шайдукова Л.К., 1996]. Было выявлено, что инициальная мотивация употребления алкоголя в двух группах не отличалась. С одинаковой частотой были выявлены антифрустрационный (33%), релаксационный (17%), антианксиозный мотивы (32%).

Последующая мотивация в группе одиноких и замужних женщин существенно отличалась. В группе одиноких женщин превалировал антидепривационный (48%) и антидепрессивный (37%) мотивы. В группе замужних женщин преобладали сексуально – стимулирующий (24%), коммуникативный (36%) и манипулятивно – адаптационный (38%) мотивы.

В соответствии с поставленными задачами были выделены и дифференцированы различные виды психотерапии в зависимости от превалирующих «мишень – объектов», включающие в себя:

1. Преодоление «депрессивной» и «алкогольной» анозогнозии;
2. Работа с выявленными мишенями: стигматизационной, депривационной и фрустрационной;
3. Использование дополнительных модулей.

Преодоление «депрессивной анозогнозии» проходило параллельно с «алкогольной анозогнозией». При выявлении *суперфициальной составляющей «депрессивной анозогнозии»* наиболее адекватной была психотерапия, которая заключалась в объяснении женщинам логической взаимосвязи между возникновением психотравмы, последующей депрессии и алкоголизации.

Психотерапия *суперфициальной составляющей «алкогольной анозогнозии»* строилась на доказательстве того, что внешние факторы лишь «запустили» механизм алкоголизации, которая впоследствии стала самостоятельной проблемой.

Рассматривалось соотношение «внешнего –внутреннего» с задачей укрепления позиций «внутреннего» в противостоянии «внешнему», обсуждались пути повышения фрустрационной толерантности.

При выявлении *когнитивной составляющей «депрессивной анозогнозии»* психотерапия заключалась в дидактическом разъяснении особенностей депрессии, ее специфики, клинических вариантов депрессии, своеобразия и атипизма.

При выявлении *когнитивной составляющей «алкогольной анозогнозии»* психотерапия заключалась в «ликвидации наркологической безграмотности» с планомерной демонстрацией ранних признаков заболевания, его развития с учетом специфики у женского контингента больных и возможных последствий в будущем.

При выявлении *перцептивной составляющей «депрессивной анозогнозии»* психотерапия была направлена на эмоциональную составляющую и заключалась в том, чтобы показать факт снижения настроения, увязать депрессию с различными факторами.

Психотерапия при выявлении *перцептивной составляющей «алкогольной анозогнозии»* заключалась в сравнении состояния «чистоты» и «отравления», требования описать свои ощущения, возникающие при абстинентном синдроме.

При наличии *сапплантинга* – своеобразного вытеснения – психотерапия заключалась в выведении факта наличия депрессии из сферы неосознанной в сознательную часть психики.

Сапплантинг при «алкогольной анозогнозии» –преодоление патологических механизмов защиты проходило через работу с психологическим сопротивлением. Обходные психотерапевтические маневры осуществлялись через «соматизацию алкоголизма», либо через смещение акцента с алкогольной парадигмы на депрессивную.

При выявлении *нонкомплаентной составляющей «депрессивной анозогнозии»* психотерапия заключалась в установлении контакта, включающего определенную меру доверия и взаимопонимания с пациентом; в объяснении значимости приема антидепрессантов.

Нонкомплаентная составляющая «алкогольной анозогнозии». В этих случаях целесообразным являлась смена индивидуальной психотерапии на групповую –

нередко массовые реакции «покаяния» пробивали брешь личностной нонкомплаентности.

Психотерапия при *стигматизационной составляющей «депрессивной анозогнозии»* заключалась в «дестигматизации» депрессии, расширении ее границ и числа лиц с подобными нарушениями, объяснении происхождения аффективных расстройств при хронической алкоголизации.

Стигматизационная составляющая «алкогольной анозогнозии». Антистигматизационная психотерапия характеризовалась переводом модели поведения «потребителя алкоголя» на модель «потребителя антидепрессантов».

В процессе определения соответствующей психотерапии нами были выделены **стигматизационные, депривационные, фрустрационные мишени.**

В соответствии с выявленными видами стигматизации, нами были предложены 5 модулей.

При преобладании *депривационной стигматизации* психотерапевтический модуль включал в себя следующие приемы: 1) изменить отношение к депривационной ситуации, т.е. разъяснить, что разрешение ситуации одиночества не является решением всех имеющихся актуальных проблем; 2) показать ошибочность убеждений относительно реализации своих требований к жизни посредством партнера; взятие ответственности на себя; 3) рассмотреть одиночество как жизненный этап, использовать его во благо развития и познания самой личности, переориентировать пациентку на деятельность; 4) объяснить, что одиночество – субъективное чувство и переживается каждым по-разному.

При преобладании *полоролевой стигматизации* психотерапия включала следующие приемы: 1) признать в себе положительные качества, которые привлекают противоположный пол, такие как: «заботливая, спокойная, искренняя, мягкая, общительная; 2) разъяснить необходимость приобретения утерянной женской сущности: женщина как любящая жена и мать – при наличии семьи; как привлекательная сексуальная и духовная партнерша – при одиночестве; 3) проанализировать сложившуюся ситуацию: страха новых отношений, отсутствия готовности к ним, избегания доверия, боязнь глубоких чувств; 4) сместить акцент с

фиксации на отсутствии отношений в другую область, расширить социальные контакты, «канализировать» активный потенциал на социально –полезное русло.

При преобладании *общественно – бытовой стигматизации* психотерапия включала в себя следующие рекомендации: 1) избегать социальных контактов с «носителем» стигматизационных утверждений; 2) взглянуть на стигматизирующие переживания как на часть общих предрассудков, присущих обществу; 3) изменить тенденцию рассматривать отношение к себе со стороны окружающих как предвзятое; 4) принять положение о том, что пациенты не могут изменить общественное мнение и реакцию предубеждения в отношении их заболевания, следовательно необходимо избавиться от самого заболевания.

При преобладании *социально – трудовой стигматизации* психотерапия включала в себя следующее: 1)обсуждение с пациентками феномена «гиперкомпенсаторного поведения» в ремиссии как социально –негативного; 2) объяснить, что социальная изоляция увеличивает длительность депрессии, ведет к усугублению ситуации; 3) изучение совместно с пациентками алгоритм прогулов – их причины и мотивацию; 4)проработка темы «чрезмерной вины» как фактора блокирующего социальное функционирование.

При преобладании *аутостигматизации* психотерапия включала в себя следующие рекомендации: 1) отметить позитивные черты своего характера, личные достижения; 2) повысить ощущение собственной ценности и, соответственно, чувство уверенности в себе; постараться избегать людей, которые подавляют самооценку, делать акцент на общение с социально –позитивными людьми; 3)снять с себя чрезмерную вину за свое заболевание и обсудить «меру индивидуальной ответственности» за его возникновение; 4) развеять миф о низкой курабельности женщин, злоупотребляющих алкоголем.

Для женщин, находящихся в ситуации привычного одиночества, был разработан **антидепривационный модуль психотерапии**. Психокоррекция была направлена на снижение фрустрирующего воздействия одиночества, достижения своеобразной «десенсибилизации» к одиночеству. Данный модуль включал в себя следующие требования: 1) снизить фрустрационное воздействие одиночества, достичь «десенсибилизации» к одиночеству; 2) рассмотреть одиночество как естественное

экзистенциальное состояние человека; 3) подчеркнуть необходимость временного одиночества; 4) принять допустимость постоянного одиночества, его общественную нормативность и отношение к одиночеству в обществе в связи с его количественным ростом.

Для женщин, находящихся в ситуации острого фрустрационного одиночества был разработан **антифрустрационный модуль психотерапии**, который включал следующие приемы: 1) обсуждение вопросов фрустрационного одиночества с рациональным объяснением ситуации; 2) анализ социальной функции человека и ролевого многообразия, возможность утери одной или нескольких ролей; 3) рассматривания имеющейся психотравмы и ее воздействия; 4) разработка позитивных путей компенсации, преодоления фрустрации.

Дополнительными модулями психокоррекции являлись когнитивно – дидактический и профилактический. **Когнитивно – дидактический модуль** заключался в создании «информационного блока». Для обсуждения предлагались следующие темы: «Гендерные особенности формирования и течения алкоголизма у женщин»; «Эмоциональные нарушения в клинике женского алкоголизма»; «Роль психотравм, как запускающего механизма алкоголизации»; «Влияние супружеского партнера (при парно –супружеском алкоголизме) и одиночества (при одиночном пьянстве) на рецидивы заболевания».

Профилактический модуль включал в себя закрепление всех полученных знаний и навыков, обсуждение возможных ситуаций, которые могут способствовать возвращению старого неэффективного стиля поведения и мышления, избегание конструктивного решения проблем.

ВЫВОДЫ

1. Депрессивные расстройства, выявленные у женщин, страдающих алкоголизмом, были представлены: апато –депрессивным, истеро –депрессивным, тревожно – депрессивным, астено – депрессивным и депрессивно - ипохондрическим вариантами. В группе одиноких женщин превалировал апато –депрессивный вариант, в группе замужних женщин – истеро –депрессивный вариант.

2. У всех депрессивных женщин, страдающих алкогольной зависимостью, отмечалась стигматизация - полоролевая, депривационная, общественно-бытовая, социально-трудовая, аутостигматизация. В обеих группах (одинокие и замужние женщины) достоверно чаще отмечалась аутостигматизация при разной выраженности других стигматизационных тенденций. В группе одиноких женщин преобладала депривационная стигматизация.
3. Характерно сочетание «депрессивной анозогнозии» с симптомом «алкогольной анозогнозии», так как их каузальные составляющие полностью совпадали: это суперфициальная, когнитивная, перцептивная, сапплантиновая, комплаентная, стигматизационная.
4. Инициальная мотивация алкоголизации – антифрустрационная, антианксиозная, релаксационная – с одинаковой частотой встречалась в обеих группах. В группе одиноких женщин превалировали антидепривационный и антидепрессивный мотивы, в группе замужних женщин – сексуально – стимулирующий, манипулятивно –адаптационный и коммуникативный.
5. Терапия депрессивных расстройств у женщин, страдающих алкоголизмом, должна быть разделена на медикаментозное лечение алкогольной зависимости и депрессивных расстройств и психотерапевтическое воздействие в соответствии с выявленными стигматизационными, депривационными и анозогнозическими «мишенями».

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. При лечении женщин, страдающих алкоголизмом, целесообразно осуществлять комплексный дифференцированный подход, учитывающий характер депрессивной симптоматики.
2. Терапия женщин, страдающих алкоголизмом, должна включать в себя методы борьбы с «депрессивной анозогнозией» и «алкогольной анозогнозией», которые имеют общие составляющие.
3. При лечении данного контингента больных необходимо учитывать, что инициальная мотивация на начальной стадии алкоголизма одинакова у женщин, страдающих алкоголизмом, находящихся в ситуации одиночества и у замужних

женщин. Мотивационные факторы на развернутой стадии алкоголизма в дальнейшем различаются.

4. Терапия депрессивных расстройств у женщин, страдающих алкоголизмом, должна включать в себя медикаментозное лечение (алкогольной зависимости и депрессивных расстройств) и психотерапевтическое воздействие в соответствии с выявленными стигматизационными, депривационными и анозогнозическими «мишенями».

Список работ, опубликованных по теме диссертации:

1. Шайдукова Л.К., Гареева Г.А. Варианты стигматизации при одиночном женском алкоголизме // Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием реабилитация и дестигматизация в психиатрии: СПб, 4-5 июня 2013. – С. 84-85.
2. Шайдукова Л.К., Гареева Г.А. Значение стигматизации в формировании депрессивных нарушений у одиноких женщин, злоупотребляющих алкоголем // Материалы всероссийской междисциплинарной научно-практической конференции «Актуальные проблемы возрастной наркологии и профилактика аддиктивных состояний»: Челябинск, 2013. – С. 237.
3. Шайдукова Л.К., Гареева Г.А. Подходы к психотерапии одиноких женщин, злоупотребляющих алкоголем // Материалы 11-й Всероссийской Общественной профессиональной медицинской психотерапевтической конференции «Амбулаторная и больничная психотерапия и медицинская психология» Выпуск 11: Москва, 2013. – С. 241-244.
4. Шайдукова Л.К., Гареева Г.А. Роль стигматизационного фактора в возникновении депрессивных нарушений у одиноких женщин, злоупотребляющих алкоголем // Материалы научной конференции с международным участием, «Психиатрия: дороги к мастерству»: Ростов- на-Дону, 2013 -С. 984-995.
5. Шайдукова Л.К., Гареева Г.А. Роль стигматизации в возникновении депрессивных нарушений у одиноких женщин, злоупотребляющих алкоголем // **Российский психиатрический журнал** – 2013. - №2. - С. 58-63.
6. Шайдукова Л.К., Гареева Г.А. Социально – психологический портрет одиноких женщин, злоупотребляющих алкоголем // Всероссийская научно-практическая

- конференция с международным участием Междисциплинарный подход к пониманию и лечению психических расстройств: миф или реальность? СПб, 14-17 мая 2014. - С. 554-556.
7. Шайдукова Л.К., **Гареева Г.А.** Сравнительная характеристика замужних и одиноких женщин, злоупотребляющих алкоголем // Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Междисциплинарный подход к пониманию и лечению психических расстройств: миф или реальность?» СПб, 14-17 мая 2014. - С. 657-665.
 8. Шайдукова Л.К., **Гареева Г.А.** Особенности депрессии у одиноких женщин, злоупотребляющих алкоголем: значение «депрессивной анозогнозии» и стигматизации как мишеней психотерапии // **Наркология** -2014. - №4. - С. 57 – 61.
 9. Шайдукова Л.К., **Гареева Г.А.** Полимодальная психотерапия женского алкоголизма: воздействие на стигматизационные, депривационные, депрессивные, фрустрационные и антианозогностические мишени // **Наркология** -2015. - №6. - С. 66 – 71.
 10. Шайдукова Л.К., **Гареева Г.А.** Корреляция «Шкалы одиночества» и «Шкалы депрессии Готланда» у одиноких женщин, злоупотребляющих алкоголем // XVI Съезд психиатров России Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием Психиатрия на этапах реформ: проблемы и перспективы: Казань, 23-26 сентября 2015. - С. 373 -374.
 11. Шайдукова Л.К., **Гареева Г.А.** Взаимосвязь клинических вариантов депрессивных расстройств с профилями личности ММРІ у одиноких женщин, злоупотребляющих алкоголем // XVI Съезд психиатров России Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием Психиатрия на этапах реформ: проблемы и перспективы: Казань, 23-26 сентября 2015. - С. 441 - 442.
 12. Шайдукова Л.К., **Гареева Г.А.** Современная проблематика алкоголизма у женщин: этнокультуральный, социально-демографический, наследственно-генетический, преморбидно-патохарактерологический аспекты // **Наркология** – 2016. - №1. - С 73 – 78.
 13. Шайдукова Л.К., **Гареева Г.А.** Современная проблематика алкоголизма у женщин: коморбидно-психопатологический, ситуационно-психологический, депривационный и стигматизационный аспекты // **Наркология** – 2016. - №2. - С 74 – 79.
 14. Шайдукова Л.К., **Гареева Г.А.** Социально-гигиенические, клинко-психопатологические, мотивационно-психологические факторы алкоголизма у

- одиноких и замужних женщин // **Российский психиатрический журнал** - 2016. - №4. - С. 74 – 80.
15. Шайдукова Л.К., **Гиляева Г.А.** Депрессивные расстройства в наркологической практике – трудности идентификации // **Вопросы наркологии** - 2017. - №6. - С. 115 – 117.
16. Шайдукова Л.К., **Гиляева Г.А.** Особенности психотерапии одиноких и замужних женщин, злоупотребляющих алкоголем, с депрессивными расстройствами: работа с «субличностными» мишенями // **Наркология.** – 2017. - № 10. - С.44 - 52.
17. Шайдукова Л.К., **Гиляева Г.А.** Роль одиночества в формировании женского алкоголизма // **Наркология** – 2018. - № 2. – С. 84 – 90.
18. Шайдукова Л.К., **Гиляева Г.А.** Депрессивные расстройства в клинике женского алкоголизма // **Наркология** – 2018. - № 3. – С. 93 – 99.