

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ «КАЗАНСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» МИНИСТЕРСТВА
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

На правах рукописи

ГИЛЯЗЕВА Гузель Айратовна

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

14.01.06 – Психиатрия

ДИССЕРТАЦИЯ
на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Научный руководитель:
доктор медицинских наук, профессор
Шайдукова Лейла Казбековна

Оглавление

Введение.....	4
Глава 1 Обзор литературы	10
1.1 Проблематика женского алкоголизма.....	10
1.2 Аффективные расстройства в клинике женского алкоголизма.....	16
1.3 Роль одиночества в формировании женского алкоголизма.....	22
1.4 Феномен стигматизации при женском алкоголизме	30
Глава 2 Материалы и методы исследования	39
2.1 Общая характеристика пациенток	39
2.2 Методы исследования	53
Глава 3 Результаты собственных исследований	
3.1 Клинические варианты депрессивных расстройств у женщин, злоупотребляющих алкоголем	60
3.1.1 Тревожно-депрессивный вариант	65
3.1.2 Апатно-депрессивный вариант	70
3.1.3 Астено-депрессивный вариант	74
3.1.4 Истерио-депрессивный вариант	79
3.1.5 Депрессивно-ипохондрический вариант	83
3.2 Корреляция «Шалы одиночества» и «Шкалы депрессии Готланда» у женщин, злоупотребляющих алкоголем	88
Глава 4 Структурно-феноменологические особенности депрессивных расстройств у одиноких и замужних женщин, злоупотребляющих алкоголем	
4.1 Феномен «депрессивной анозогнозии»- корреляция с «алкогольной	

анозогнозией»	92
4.2 Варианты стигматизации при депрессивных расстройствах	98
Глава 5 «Мишень - центрированная» поэтапная психотерапия женщин, злоупотребляющих алкоголем	104
5.1 Преодоление «депрессивной» и «алкогольной» анозогнозии	105
5.2 Работа с стигматизационной, депривационной и фрустрационными мишенями	109
5.3 Дополнительные модули	113
Обсуждение полученных результатов	115
Выводы	124
Практические рекомендации	125
Список литературы	126
Приложения	156
Приложение №1	156
Приложение №2.....	158

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность проблемы

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 [7, 21, 56, 58, 59, 87]. О тесной связи депрессивных расстройств и патологического влечения к алкоголю сообщают и многие зарубежные авторы [232].

Вместе с тем, роль одиночества в возникновении, формировании, течении алкоголизма и его влияние на депрессивные расстройства у женского контингента больных исследованы недостаточно. Изучение клинико – психопатологических особенностей депрессивных расстройств, истоков их формирования является актуальным в плане медикаментозной и психотерапевтической коррекции с

выделением основных психотерапевтических «мишеней», особенно при воздействии дополнительного фактора каким является одиночество женщин, злоупотребляющих алкоголем. 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 психотерапевтических процедур 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 проведения дифференцированной психокоррекции 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. Обнаружен специфический атипизм 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.

Теоретическая и практическая значимость

В результате исследования выработаны рекомендации для проведения дифференцированной 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.

Методология и методы исследования основываются на проведенном исследовании. Научно-исследовательская работа выполнена на высоком научно-методическом уровне, результаты исследования основаны на достаточном количестве клинического материала. Сбор, обработка и анализ исходных данных проведен с использованием современных статистических методов и соответствующих компьютерных программ. Результаты, полученные в ходе работы, проанализированы с применением методов статистического анализа.

Положения, выносимые на защиту

1. Депрессивные расстройства часто встречаются у женщин, злоупотребляющих алкоголем;
2. Фактор одиночества влияет как на частоту возникновения, так и на саму структуру аффективных нарушений у данного контингента больных;
3. В возникновении депрессивных расстройств играет роль фактор стигматизации;
4. Мотивационно –психологические факторы алкоголизации различаются в группе одиноких и замужних женщин;
5. Выявленные психокоррекционные «мишени» позволяют более дифференцировано вести таких больных.

Апробация работы

Результаты проведенного исследования доложены 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.).

Внедрение результатов работы в практику

Основные результаты исследования внедрены в практическую деятельность ГАУЗ Республиканский наркологический диспансер МЗ РТ, кафедру психиатрии и наркологии ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России.

Личный вклад автора

Научные результаты, обобщенные в диссертационной работе, получены автором самостоятельно в ГАУЗ «Республиканский наркологический диспансер МЗ РТ». В исследовании включены 150 пациентов, находившихся в женском отделении ГАУЗ «РНД МЗ РТ». Автором 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.

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 16 печатных работ, в том числе 8 статей в научных изданиях, рекомендованных ВАК Министерства образования и науки РФ.

ГЛАВА 1

ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

1.1 Проблематика женского алкоголизма

Алкогольная зависимость является одной из актуальных проблем медицины, занимая ведущее место в наркологической патологии [36,132,191,175].

По данным зарубежных авторов, 60% популяции употребляет алкоголь, а 7–10% страдают алкогольной зависимостью [5,203]. Распространение алкоголизма среди населения имеет не только тяжелые медицинские последствия, но оказывает существенное влияние на социальные и демографические процессы. Статистика свидетельствует об увеличении числа женщин, больных алкоголизмом. Соотношение женщин и мужчин среди больных алкоголизмом в развитых странах Европы и в США находится между 1:5 и 1:2, хотя в недавнем прошлом оно составляло 1:12 и меньше. Соотношение учтенных больных алкоголизмом женщин и мужчин в России в середине 1980 –х годов было 1:12, в 1991г. – 1:9, в 1995г. – 1:6, в 2002г. 1:4, в 2006 г. – 1:4,5; в 2008г. – 1:4,2 [5].

Имеет место сокращение гендерных различий в приобщении к алкоголю. Данный феномен объясняется изменениями социальной роли женщины, происходящими особенно интенсивно с 70 –х годов. В результате эмансипации женщины чаще стали использовать мужские копинг–стратегии [179]. Уровень потребления алкоголя женщинами России оценивается как высокий и рискованный для здоровья населения – 16,3 литра в год [122]. Распространенность алкогольной патологии (синдром зависимости от алкоголя, включая алкогольные психозы) составляет 528,8 на 100 тысяч женского населения Российской Федерации [113].

С 1970 г. во всех экономически развитых странах, в том числе и в России, стал отмечаться интенсивный рост женского алкоголизма, приведший к его преобладанию по тяжести над мужским. Более того, с 1980 г. выявлено его

«омоложение» – рост у несовершеннолетних женского пола. Женский алкоголизм, особенно молодого возраста, является угрожающей проблемой современности, что обусловлено его ростом, омоложением, отягощением репродуктивной функции [57,59,134,147].

Как правило, большая часть учетных женщин попадает в поле зрения наркологов в связи с вынужденной госпитализацией [88,141,143]. Наряду с ростом женского алкоголизма отмечается и его низкая выявляемость: преимущественно на стадии формирования клинических признаков и синдрома зависимости или в связи с вынужденной (принудительной) госпитализацией для лечения [162].

Контингент женщин, состоящих на диспансерном наблюдении, имеет ряд особенностей социального плана. Большинство из них имеет низкий уровень доходов, не работает или занимается неквалифицированным трудом. В наркологической практике наблюдаются низкая курабельность таких пациентов, низкая мотивация на лечение, склонность к частым рецидивам [13,14,35,65,68].

Семейная отягощенность алкоголизмом определяет неблагоприятное течение заболевания у женщин, что проявляется частыми измененными формами опьянения, выраженными изменениями личности и более ранним возрастом формирования алкогольной зависимости. На современном уровне знаний факт генетической предрасположенности к алкоголю считается доказанным [8,66,111,192,215,226,249].

Ряд работ, посвященных генетическим факторам [174,239,205,270,245], показал, что рисунок развития алкоголизма, как для мужчин, так и для женщин, на 50 –60% зависит от наследственности. Схожие результаты получили и Epoch M –A. и Goldman D. [204], пришедшие к выводу, что злоупотребление алкоголем чаще развивается в семьях, и рисунок развития зависимости на 40 –60% объясняется генетическими влияниями.

Deborah A. Dawson [199] считает, что эффект семейной отягощенности по алкоголизму проявляется главным образом в раннем начале злоупотребления алкоголем и более выражен для женщин, чем для мужчин. Отягощенная

наследственность у женщин с завершением формирования абстинентного синдрома до 30 лет встречается в 40,4% случаев, а среди женщин, заболевших после 40 лет – только в 5,2 % случаев [74].

Авторы [63,105,184,260] предполагают, что поскольку женщины заболевают алкоголизмом реже, чем мужчины, среди больных женщин следует ожидать накопление генотипов, обуславливающих в среднем более высокую, чем у больных мужчин, генетическую предрасположенность к заболеванию.

Другие исследователи [177] обследовали 49 женщин, у которых родители были больны алкоголизмом, и 47 женщин, родители которых не злоупотребляли алкоголем. Женщины обеих групп были удочерены в раннем возрасте. Только по две из каждой группы оказались больными алкоголизмом или выявили склонность к злоупотреблению алкоголем.

Авторы сделали вывод, что факторы среды имеют большее значение для развития алкоголизма, чем наследственная предрасположенность. В другой своей работе [210] они показали, что среди детей алкоголиков у мужчин алкоголизм встречается в 25 –50%, а у женщин – в 5 – 6% независимо от жизни в родной или приемной семье. В отношении мужчин эти данные подтверждают правомерность понятия «семейный алкоголизм», с ранним началом болезни, более тяжелым ее течением, чем при отсутствии наследственной отягощенности. На сегодняшний день нет однозначной трактовки этого явления: или по –разному передаются психобиологические особенности, или влияют полоролевые отношения.

Обследовав 47 женщин и 190 мужчин, больных алкоголизмом, R.W. Latcham [224] пришел к заключению, что если «семейный» алкоголизм у мужчин отличается от «несемейного» такими важными особенностями, как тяжесть течения, выраженность антисоциальных тенденций и т.д., то у женщин подобных различий нет. Таким образом, влияние наследственности на развитие алкоголизма у женщин не вызывает сомнений, но имеет свои особенности [105]. Непрямое влияние генетического фактора, отчетливо выявляющееся при алкоголизме у женщин, ставит под сомнение концепцию единопричинности алкогольной зависимости, требует критического отношения к ней до получения убедительных

доказательств. Однако существенные различия в течении болезни у женщин свидетельствуют об относительной значимости генетического фактора – его влияние нивелируется социально – психологическими условиями, в частности ограничениями алкоголизации женщин. Наследственная предрасположенность, несомненно, влияет на течение алкоголизма, однако у каждой больной или больного соотношение наследственных и средовых факторов всегда индивидуально [139].

Выделяются различные направления в выяснении его значения – предполагается, что по наследству могут передаваться особенности метаболизма или особенности реагирования ЦНС на алкоголь, или личностные особенности, психические нарушения. Клиническими проявлениями генетической предрасположенности считаются значительная степень семейной отягощенности алкоголизмом, раннее начало и тяжелое течение заболевания в сочетании с высокой прогрессивностью [56,72,104].

Данные современных исследований свидетельствуют о том, что женщины более подвержены «алкоголь – индуцированному» повреждению мозга, чем мужчины. Мнестические функции у женщин ухудшаются раньше и в большей степени, чем у мужчин. Кроме ослабления памяти, женщины хуже выполняют когнитивные тесты, у них быстрее снижается объем перцептивного внимания, выявлена тенденция к более раннему снижению вербального интеллекта [70]. Существуют доказательства того, что поведенческие аспекты алкоголизма прогрессируют более быстрыми темпами среди женщин [151].

Данные литературы свидетельствуют о различных аспектах злоупотребления алкоголем и алкогольной зависимости, связанных с климатическими условиями, этнобиологическими, социально – культурными особенностями жизни. Установлено влияние нейropsychологических, социально психологических факторов, дезадаптации в возникновении алкоголизма у женщин, принадлежащих к различным этносам с рассмотрением культуральных особенностей, социального статуса [76,77,79,81,166,167,170].

Многие исследователи отмечают, что важным моментом в развитии заболевания являются социально – психологические факторы, изменение роли женщины в обществе, искажение традиционно – семейных ценностей [6,12,27,32,46,47,58,68,70,101,106,154]. Вклад психосоциальных факторов в этиологию и патогенез алкогольной зависимости составляет не менее 50% [264].

В работах, посвященных социальному контексту проблем среди женщин, злоупотребляющих алкоголем, многие исследователи подчёркивают низкий образовательный уровень, дисгармоничные семейные отношения, низкую квалификацию труда и большое количество неработающих женщин, страдающих алкогольной зависимостью [23,28,31,35,41,51,75,82,]. С учётом этих особенностей возрастает роль социально – психологического фактора, являющегося в определенных условиях пусковым звеном в развитии алкогольной зависимости [5, 22,47,115].

В связи с нарушением адаптации и социально – психологическими проблемами велик рисунок формирования зависимого поведения [93]. Употребление ПАВ, по мнению ряда авторов является попыткой ослабить напряжение по поводу испытываемых трудностей в адаптации [43,55]. Отечественные авторы отмечают, что среди женщин часто наблюдаются пассивно – защитные жизненные установки (комплекс неполноценности с поиском защиты, опеки), в том числе – с помощью алкоголя [37,100]. Данная особенность способствует формированию более быстрых темпов развития заболевания [88]. На сегодняшний день, многие показатели остаются вне поля зрения, не учитывая гетерогенности данного контингента, возрастных особенностей, обуславливая условность подхода к данной проблеме.

Анализируя социально – психологические особенности женского алкоголизма Ю.В. Павленко [114] выделил ведущие, определяющие его специфику. Среди социальных факторов особенно важными в формировании болезни явились пьющая семья и ухудшение социального положения; среди личностных – выраженные преморбидные отклонения; среди ситуационных – психотравмы; среди клинико – психопатологических злокачественность течения,

т.е. ускоренное формирование симптомов болезни после манифестации; среди конституциональных – феминизация и маскулинизация

Известно, что формирование, течение и исход женского алкоголизма имеют отличия, характеризуются своеобразием, что обусловлено гендерной спецификой. Во –первых это физиологические особенности – у женщин, в отличие от мужчин, большее содержание воды в клетках, что способствует лучшей растворимости алкоголя; меньший удельный вес ферментов, расщепляющих алкоголь, благодаря этому более длительное выведение его из организма. Во –вторых, наиболее значимую категорию коморбидных психических нарушений при алкоголизме представляют депрессивные состояния. В – третьих, немало важную роль играет такой психологический фактор как одиночество. Также было выявлено, что у них отмечается более длительный латентный период алкоголизации, скрытое течение заболевания, глубокая связь с психотравмирующими обстоятельствами, подверженность влиянию супружеского партнера, зависимость от аффективных нарушений, значительная стигматизированность заболевания [83,158,227].

При изучении женщин, злоупотребляющих алкоголем, не менее актуальным остается вопрос супружеского алкоголизма. Давно установлен факт, что у многих женщин, страдающих алкоголизмом, мужья также злоупотребляют алкоголем: так по данным разных авторов, процентное соотношение их колеблется от 10% до 70% [157,196,275]. В более поздних работах также говорится о повышенном риске алкоголизма у жен алкоголиков [182,274]. В другом исследовании приводятся данные, что хотя уровень потребления алкогольных напитков у замужних женщин ниже, чем у одиноких и разведенных, в случае брака с злоупотребляющим алкоголем мужчиной он резко возрастает [216]. До 50% женщин проживают с «мужьями –алкоголиками» [125,154]. Показано также, что для алкогольных семей характерен специфический феномен «спаивания» с целью достижения психофизиологической однородности, выравнивания внутрисемейных ролей, получения «алкогольной гармонии». При обсуждении проблем супружеского алкоголизма был поставлен вопрос об ассортативности браков, когда женщина с наследственной отягощенностью по алкоголизму

выбирает себе в качестве семейного партнера мужчину, страдающего алкогольной зависимостью. Исследователи утверждают, что ассортативность браков среди «мужчин –алкоголиков» ниже, чем среди женщин [126,161].

Бурлаков А.Я. [20] выявил у женщин, страдающих алкоголизмом и находящихся в длительной (3 –16 лет) ремиссии большую частоту затяжных психотравмирующих ситуаций, пьянства мужей по сравнению с таковой у пациенток с безремиссионным высокопрогредиентным течением заболевания, характеризовавшихся наследственной отягощенностью и частотой преморбидных акцентуаций характера и психопатий. Это подтверждается и данными Пузиенко В.А. [120], который среди исследуемых больных алкоголизмом женщин с аффективной патологией также выделил две группы: у 1 –й группы алкоголизм формируется на фоне преморбидных личностных особенностей в подростковом возрасте в компаниях сверстников, группах с асоциальными формами поведения, тогда как во 2 –й — на фоне затяжных невротических депрессий (обычно из –за пьянства мужа).

1.2 Аффективные расстройства в клинике женского алкоголизма

В психическом статусе больных наркологического профиля облигатно присутствуют депрессивные расстройства [60,87,142,207]. Аффективная патология депрессивного круга создаёт дополнительную мотивацию для употребления психоактивных веществ и в то же время является одним из последствий такого употребления [87,264]. Многими авторами указано, что депрессии встречаются чаще у женщин всех возрастов [194,202], с возрастом это соотношение может увеличиваться [108,208].

Депрессивные нарушения у женщин являются одним из отягощающих факторов развития алкоголизма. Появление одного из расстройств — злоупотребление алкоголем или депрессии в молодом возрасте рассматривается в качестве маркера повышенного риска последующего формирования другого расстройства, особенно у женщин [133].

Уровень распространённости депрессивных расстройств среди женщин, страдающих алкоголизмом, составляет по данным разных авторов от 48 до 70%, тогда как у мужчин он равен 24 – 30% [18].

В соответствии с данными К. Ф. Mann, 80% лиц с явлениями алкогольной зависимости обнаруживают в те или иные периоды жизни признаки депрессии [231].

Авторы отмечают [1,25,49,140], что довольно трудно определить генез аффективных расстройств. Этиология депрессивных расстройств у больных алкоголизмом поливариантна. В развитии алкоголизма у женщин, в большей степени, чем у мужчин, существенным оказываются преморбидные нарушения в эмоциональной сфере депрессивного плана. M.Shukit [268] показал, что аффективная патология в преморбиде встречается у больных алкоголизмом у 15 – 20% женщин и только у 5% мужчин. Результаты исследований К. Mann [231] продемонстрировали, что 65% женщин, проходящих лечение по поводу синдрома алкогольной зависимости, и только 28% мужчин имели ранее аффективные расстройства, преобладающими среди которых у женщин были тревожно – фобические и расстройства настроения. В развитии депрессивных расстройств немалую роль играют интоксикационно – абстинентные проявления при уже сформированном алкоголизме. По данным различных авторов, в структуре алкогольного абстинентного синдрома частота аффективных нарушений достигает 95% [7, 50,60]. Ключевыми факторами, определяющими преобладание депрессивных расстройств у женщин, злоупотребляющих алкоголем в большинстве случаев является влияние ситуационно – внешнесредового фактора — наличия психотравм, которых у пациентов, наблюдается немало в процессе алкоголизации [1, 15,25].

Показано, что аутохтонные колебания настроения в преморбиде и семейная отягощенность по алкоголизму являются факторами, предрасполагающими к развитию выраженных аффективных нарушений у больных алкоголизмом женщин [118]. Депрессогенный эффект этанола обнаруживается при депрессии любой структуры и проявляется в углублении гипотимии во время запоя,

утяжелении ее в постинтоксикационном состоянии, углублении, удлинении депрессивных фаз, реже – в их учащении и переходе заболевания в континуальное течение. Алкоголизация может способствовать изменению структуры эндогенной депрессии как во время запоя, так и за годы злоупотребления алкоголем [33,112,264,266].

В формировании алкоголизма у женщин играют роль преморбидные аффективные нарушения в виде не диагностированной монополярной депрессии, протекающей в субдепрессивно – компенсированной форме. Алкоголь используется как «модификатор настроения», ослабляет эмоциональную нестабильность, облегчает состояние фрустрации. Именно этот факт может быть биологической основой мотивации употребления алкоголя [198,217].

По мере развития алкоголизма аффективные расстройства утяжеляются и видоизменяются: аутохтонные депрессивные фазы начинают преобладать над психогенными. Они бывают умеренными или слабо выраженными, протекают в виде стертых или маскированных депрессий. Все это осложняет и утяжеляет течение заболевания. Клинические наблюдения показывают, что аффективные расстройства способствуют актуализации патологического влечения, что в свою очередь провоцирует начало рецидива у женщин. В одном из исследований было показано, что женщины с коморбидной психической патологией за наркологической помощью чаще (28,6 %) обращались повторно (в группе сравнения – 18,0 %). В группе женщин с коморбидной психической патологией чаще встречались повторные госпитализации и были выявлены низкие показатели эффективности лечения в виде несоответствия продолжительности ремиссии установочным срокам воздержания от употребления алкоголя, а также отсутствие посттерапевтических ремиссий [18,69].

Дисфория и депрессивное расстройство предшествуют и сопутствуют алкоголизму у женщин значительно чаще, чем у мужчин [153]. Н.Г. Шумский (1983), Г.С. Сонник (1985), Вейн А.М. (2003) обследовав женщин, страдающих алкоголизмом в сочетании с аффективными расстройствами, нашли, что у них до

появления алкоголизма периодически отмечалось плохое настроение, беспокойство, тоска, угнетенное состояние, суицидальные мысли [24,138,168].

В другом исследовании было выявлено, что наиболее частым проявлением постабстинентного периода у женщин с аффективной патологией была дисфорическая симптоматика (85,7%), реализовавшаяся в агрессивности и конфликтности. Клиническая картина психогенных заболеваний у описываемого контингента пациенток характеризуется полиморфизмом болезненных расстройств, а формирующийся на их основе алкоголизм отличается высокопрогредиентным, нередко безремиссионным, труднокурабельным течением [4].

Ретроспективно довольно сложно оценить, когда аффективные расстройства предшествовали алкоголизации, являясь predisposing фактором, а когда носили вторичный, приобретенный в процесс алкоголизации характер. Наряду с гипотезами в отношении первостепенности развития, одни авторы считают, что в большей степени доказано влияние алкогольной зависимости на аффективную патологию другие говорят о параллельном сосуществовании данных заболеваний [40,242].

В одном из исследований [118] были выделены признаки, способные выступать в качестве дополнительных диагностических критериев высокой подверженности аффективным расстройствам у больных алкоголизмом женщин: а) атарактическая мотивация в основе алкоголизации; б) характерное пониженное настроение в состоянии опьянения; в) характерное двухфазное изменение настроения в опьянении, когда состояние эйфории сменяется угнетенностью; г) психогенные депрессивные состояния в анамнезе.

В литературе поддерживается общая точка зрения об отличиях в частоте выявления депрессивных состояний у женщин и мужчин. Особые затруднения возникают, когда устойчивые депрессивные расстройства экранируются алкоголизацией – в этих случаях акцент смещается на злоупотребление алкоголем как наиболее видимую и обозначенную проблему. Именно гендерные отличия в виде наличия частых депрессивных проявлений, а следовательно, дефицита

позитивных эмоций определяют более злокачественное течение болезней зависимости» у женщин [155].

King A.C. с коллегами утверждают, что именно депрессия и повышенный личностный нейротизм (по Айзенку) являются основными предикторами развития женского алкоголизма, в то время как стрессовые воздействия вносят лишь дополнительный вклад, ложась на патологическую «почву» [219].

Алкоголизм и аффективные расстройства часто оказывают друг на друга неблагоприятное влияние («синдром взаимного утяжеления»): депрессивные расстройства способствуют усугублению алкогольной зависимости, а систематическое злоупотребление алкоголем способствует возникновению и увеличению тяжести депрессивных симптомов [256]. Повторяющееся тяжелое пьянство формирует риск развития депрессивных эпизодов (оцениваемый в 40%), связанных с ними суицидальных мыслей и попыток, а также сильной тревоги и бессонницы [185,272,273]. G.E. Woody (2003) подчеркивает, что пациенты с «двойным диагнозом» обнаруживают более тяжелые формы зависимости, недостаточную эффективность лечения [276].

Большая подверженность женщин депрессивным расстройствам связана с нейробиологическими особенностями женского организма и психосоциальными факторами. Обнаружено, что морфологическая, нейрофизиологическая и нейрохимическая организация мозга у мужчин и женщин имеет некоторые отличия [188,189,209,212,218,237,261]. Многие авторы сходятся во мнении преобладания правополушарного доминирования у лиц женского пола, которая отвечает за частоту аффективных нарушений и отрицательных эмоций. Во всяком случае, статистика подтверждает большую частоту депрессий у женщин, по сравнению с мужчинами [85,145,218,220,269].

Вместе с тем, в клинической практике, депрессивные расстройства у женщин, злоупотребляющих алкоголем, выявляются реже, чем в исследованиях. Это связано с неоднозначностью, а порой неопределенностью депрессивных нарушений; их частым атипизмом и коморбидностью с рядом других расстройств; ведущим этиологическим фактором, который часто просматривается и не

учитывается в процессе лечения и реабилитации данного контингента больных [5].

Известно, что распространенность атипичных депрессий в 2 – 3 раза выше среди женщин [19]. Фактор пола оказывает заметное влияние на клинические проявления депрессий. Были описаны некоторые отличия в сопутствующих депрессии расстройствах у женщин и у мужчин. У женщин депрессия чаще сочетается с тревожными, соматоформными (истерическими) расстройствами и расстройствами пищевого поведения. При анализе полученных данных другого исследования в рамках депрессивного синдрома сочетались тревожные (60,0%), в равной степени тоскливые и апатические симптомы (36,7 и 30% соответственно), а также дисфорические проявления (10%). У большинства больных в исследовании преобладали нетипичные формы депрессивного синдрома, классические депрессивные синдромы (снижение настроения, идеаторная и моторная заторможенность) практически не встречались. У большинства пациентов встречались такие симптомы, как ангедония, снижение самооценки, идеи самоуничтожения, а также соматовегетативные проявления.

В исследовании В. Silverstein и соавт. [257] в отличие от предыдущих исследований также было показано, что если классическая депрессия сопоставима по частоте у мужчин и женщин, то тревожная депрессия с соматическими симптомами встречалась в 2 раза чаще у женщин. При оценке симптомов депрессии у 200 пар разнополых дизиготных близнецов, у которых на протяжении жизни отмечался депрессивный эпизод, установлено, что усталость, гиперсомния и психомоторная заторможенность преобладают у женщин, а бессонница и возбуждение – у мужчин.

Характерной особенностью депрессий является наличие в них элементов тревоги, являющейся непрямым проявлением аффективных расстройств у больных со сформировавшейся алкогольной зависимостью [49]. Как преморбидная, так и коморбидная тревога и депрессия среди злоупотребляющих алкоголем чаще наблюдаются у женщин, чем у мужчин; в общей популяции данные расстройства также встречаются чаще среди женщин [201,223].

Ассоциированность алкогольной зависимости, тревожных и депрессивных расстройств усугубляет течение алкоголизма и тревожных расстройств, ухудшает прогноз и значительно повышает риск возникновения рецидивов [243,247]. Коморбидные расстройства чаще встречаются среди женщин и в большем проценте случаев обусловлены внешними факторами (напряженная психологическая обстановка в семье, психические травмы, неблагоприятные воздействия в детстве).

Результаты другого исследования показали, что наличие коморбидных тревожных и депрессивных расстройств ухудшает течение алкогольной зависимости у женщин и в значительной степени сглаживает гендерные различия в формировании и течении болезни. Для мужчин, напротив, наличие сопутствующей тревоги и депрессии не только не ухудшает, но в некоторых случаях даже улучшает течение алкоголизма, способствуя уменьшению тяжести его симптомов и дозы употребляемого алкоголя [148].

В исследовании Янушко П.С., Гущина О.В. (2014) у 72% пациентов была выявлена тревога легкой и умеренной степени в течение первой недели госпитализации, в этот же период у 65% пациентов обнаружено депрессивное расстройство легкой и средней степени тяжести; среди этих пациентов 80% имели неоднократные госпитализации. Анализ ретроспективных данных показал, что уровень тревоги и степень депрессивного расстройства соответствуют выраженности психической зависимости от употребления алкоголя [173].

Таким образом, алкогольная зависимость у женщин, злоупотребляющих алкоголем, осложненная наличием аффективных расстройств имеет ряд особенностей.

1.3 Роль одиночества в формировании женского алкоголизма

При изучении особенностей алкогольной зависимости у женщин особую важность имеют ситуационно – психологические факторы. Особая психотравмичность женского алкоголизма обусловлена более глубокими

последствиями заболевания, чем у мужского контингента. Исследователи отмечают, что среди психотравмирующих факторов, оказывающих влияние на приобщение к злоупотреблению алкоголем являются одиночество, разводы, пьянство мужей или сожителей, потеря работы, выход на пенсию и т.д. [96]. Отдельным фактором влияющим на прогрессивность заболевания, служит одиночество. Одиночество, являясь психогенным фактором, оказывает значительное влияние на психику человека, порождая появление таких реакций, как тревожность, тягостные переживания, депрессия. Так, было выявлено, что депрессивный фактор мотивирует употребление алкоголя как средство решения проблемы изоляции. В зарубежной литературе имеются работы по исследованию моделей «женщина –одиночество –депрессии»; «женщина –одиночество – алкоголизм –депрессии». Остается неясной последовательность этих явлений – одиночество ли порождает депрессии и реактивную алкоголизацию, либо последние факторы [235]. Однако на сегодняшний день, исследований, посвященных влиянию фактора одиночества на возникновение и течение депрессивных нарушений у женщин, злоупотребляющих алкоголем не представлено.

Значительную часть женского населения России представляют одинокие женщины, доля которых только в возрастном диапазоне активной брачности составляет около 25%, приближаясь к 50 % во всем возрастном спектре. Эти женщины отличаются специфическими социальными, психологическими и демографическими особенностями, многорольными функциями и определенным социальным статусом [128].

Среди женщин, злоупотребляющих алкоголем, уровень одиночества значительно выше, что объясняется спецификой их заболевания и отношения мужчин к «пьющим женщинам». Специальные исследования показывают, в частности, что среди незамужних и разведенных женщин чаще всего встречаются злоупотребляющие алкоголем. Согласно литературным данным, лишь 3 – 17% женщин, страдающих алкоголизмом, имеют семьи, в то время как процентное соотношение у мужчин значительно выше – до 55% [252].

Психология и социология (в рамках этих научных дисциплин проводится наибольшая часть исследований по проблеме одиночества) обозначают два аспекта измерения состояния одиночества: личностный и социальный, а также разделяют причины возникновения этого состояния на субъективные и объективные: на те, что подконтрольны человеку и могут быть им устранены или преобразованы, и на те, что не зависят от действий одного конкретного человека; однако стоит понимать, что субъективные и объективные причины тесно связаны и взаимозависимы и что их полное разграничение довольно условно [124].

В новейшем философском словаре одиночество трактуется как «состояние и ощущение человека, находящегося в условиях реальной или мнимой коммуникативной депривации», т. е. в состоянии изоляции от общества, в результате чего личность ощущает разрыв социальных связей, испытывает чувство дискомфорта во взаимодействии с окружающими и т. д. [110]. В этом случае алкоголь может употребляться как средство общения и коммуникации. В основе этого типа мотивации лежат неудовлетворенные потребности в общении, в выходе из одиночества.

Проблемой одиночества занимались и продолжают изучать зарубежные и отечественные ученые. И. Ялом [95] представляет классификацию одиночества в зависимости от типа изоляции: – вызванное социальной изоляцией – отсутствие доступного круга общения людей, способных удовлетворить потребность в общении как таковом, в межличностных контактах; – вызванное эмоциональной изоляцией – вследствие отсутствия привязанности к конкретному человеку либо тогда, когда человек отделяет свои эмоции от воспоминаний о событии и становится неспособным к близким отношениям с другими людьми.

Н. П. Романова, И. И. Осинский, авторы монографии «Одинокие женщины», отмечают, что «философы много и по-разному рассуждали о феномене одиночества применительно к человеку вообще, но практически не исследовали его с позиций мужского и женского начал, лишь в XX в. обозначается социологический подход к изучению одиночества, заключающийся

в трактовке этого феномена как явления типичного, свойственного широким и самым различным слоям населения» [127].

При обследовании одиноких женщин, часть которых относилась к категории «привычно одиноких», а другая – к «вновь одиноким» [225], обнаружили в обеих группах наличие депрессивных переживаний, но в первой группе депрессия сопровождалась диффузным ощущением несчастья, а во второй чувство печали было связано с чувством утраты. В другой работе исследовали характерологические особенности женщин с алкогольной зависимостью: пациентки характеризовались как эмоционально –неустойчивые, склонные к аффективным реакциям, с низкой конформностью, при этом испытывающие глубокую личностную потребность в помощи, сочувствии и внимании.

Многими учеными высказывается мысль, что существует различие в предрасположенности и в переживании одиночества у разных полов. Например, для мужчин количество групповых контактов намного важнее, чем для женщин, которые ценят больше качество своих контактов. Соответственно, можно предположить, что высокий социальный статус в группе уменьшает одиночество мужчин, но не женщин [144]. Также установлено, что в отличие от мужчин женщины по своей природе более чувствительны и эмоциональны, поэтому более болезненно переживают одиночество. Гендерные исследования американской ученой Кэрол Гиллиган [190] показали, что способ женского самовосприятия существенно отличается от мужского. В то время как мужчины воспринимают себя как обособленные автономные существа, женщины склонны к восприятию себя как взаимосвязанных существ. Душевная пустота и отсутствие целей порождает сверхзависимость от мужчины. В другом аналогичном исследовании [9], оказалось, что женщины, в отличие от мужчин, при одиночестве сильнее чувствуют свою незащищенность и более ранимы, чем мужчины.

Обсуждая общие теоретические проблемы одиночества, следует отметить, что оно может быть хроническим (наступает при неспособности индивида в течение длительного периода жизни установить удовлетворительные

взаимоотношения со значимыми для него людьми); ситуативным (обычно появляется как результат каких –либо психотравмирующих событий в жизни человека; после некоторого времени дистресса индивид смиряется со своей потерей и частично или полностью преодолевает возникшее чувство одиночества); преходящим(выражается в кратковременных приступах чувства одиночества, которые полностью и бесследно проходят). Также выделяют привычное и фрустрационное одиночество, имеющие аналогию с хроническим и ситуативным, однако с существенным отличием – подчеркиванием погранично – психопатологического оттенка состояния одиночества. Замечено, что интенсивная алкоголизация у женщин, часто бывает связана с состоянием привычного или фрустрационного одиночества, когда теряются привычные социальные роли "хозяйки дома", половой партнерши, матери семейства, работника производства, в результате разводов, вдовства, выхода на пенсию, повзросления детей и ухода их из дома. Ролевая депривация сопровождается эмоциональной и коммуникативной, что является мотивом для создания "проалкогольного" общества [61,160].

Также доказана связь между одиночеством и низкой самооценкой. Порождаемое ею ощущение одиночества нередко приводит к появлению у человека чувства неспособности и никчемности [165]. В этом случае алкоголь используется как средство повышения самооценки и самоуважения, достижения самоутверждения. М. Диденко (2011) отметил резко сниженный уровень самооценки в качестве мотива употребления ПАВ. Однако, малопонятен характер этой связи, поскольку «низкая самооценка может выступать и как причина, и как следствие одиночества» [43].

Синдром зависимости, как и любое другое хроническое психическое прогрессирующее заболевание, влечет за собой изменения в личностной, семейной, профессиональной, экономической сферах жизнедеятельности, определяющих качество жизни [14,39,44]. В одном из исследований было показано, что для женщин с алкогольной зависимостью по мере снижения уровня их социального функционирования характерна тенденция к ухудшению показателей семейной

адаптации: у них чаще наблюдались разводы, формальное наличие брака при отсутствии реальных семейных отношений, отсутствие семьи, проживание с пьющими мужьями. Показатели качества жизни у женщин с алкогольной зависимостью коррелировали с их основными социально – демографическими параметрами (возраст, семейное положение, образовательный уровень) и формой социального функционирования. Наименьшие показатели сохранности функций качества жизни со стороны физической мобильности, сексуальной и социальных функций, экономического положения были у разведенных; эмоционального состояния – у вдов; познавательной функции – у одиноких [96].

В исследовании, проводимой Курьяновой Н.Н., изучались факторы формирования алкоголизма у женщин. В результате было установлено, что нарушение семейных отношений являлось как причиной, так и следствием злоупотребления женщинами спиртными напитками. Среди больных хроническим алкоголизмом женщин был отмечен сравнительно большой удельный вес разведенных и вдов [89].

Гендерные различия обнаружены и в причинах рецидивов алкоголизации. Так, канадские ученые отмечают, что у женщин причиной рецидива чаще всего бывают ситуации, связанные с конфликтными отношениями в семье, межличностными отношениями, в то время как у мужчин рецидив чаще связан с алкогольными традициями и микросоциальным окружением [183]. Эти данные подтверждаются результатами, полученными американскими исследователями, которые обнаружили, что рецидив у женщин чаще, чем у мужчин связан с отрицательными эмоциями, чувством одиночества, проблемами в семейной жизни [265]. В исследовании изучавшим влияние базовых ценностей (семьи и работы) было установлено, что для женщин выше ценность семьи, в отличие от мужчин главной ценностью которых является работа [107].

Оценка социальных факторов является прогностически значимым параметром в оценке социальной адаптации женщин, с различным течением заболевания [3, 90]. Исследователи пришли к выводу, что одинокие, как женщины, так и мужчины злоупотребляющие алкоголем, находятся в группе

высокого риска связанного с потерей работы и социальному снижению [258]. По данным Н.С. Бокова, Л.А. Стукаловой среди женщин, доставленных в медвытрезвитель, 51% составляли незамужние, 13,3% – разведенные, 2% – вдовы, 33,7% – замужние, мужья которых также злоупотребляли алкоголем [17]. Ролевая депривация и связанные с ней эмоциональные нарушения возникают и после прекращения трудовой деятельности. Возникающее при этом чувство ненужности, неполноценности нередко мотивирует алкоголизацию.

В работе И.Л. Шелехова и др. [163] было установлено, что наличие выраженного внутриличностного конфликта характеризуется высоким показателем одиночества, а также средними либо высокими показателями агрессии. В своей работе И.К. Качаева изучала влияние социальных факторов на агрессивное поведение женщин с синдромом зависимости от алкоголя. Результаты исследования показали, что к моменту привлечения уголовной ответственности лишь 33,3% состояли в брачных отношениях, в то время как 57,1% женщин были разведены, 4,8% были вдовами и 4,8% были одиночками [64].

Психотравмирующее действие одиночества связано с характером внешнеситуационных изменений, «разрушительных жизненных перемен». Исследуя причины алкоголизма у женщин, многие авторы (А.Г. Софронов) отмечают, что одиночество наиболее характерно для женщин старшей возрастной группы. В позднем возрасте встречаются два типа: одни начали пить еще в молодости, другие – в зрелом возрасте; во втором случае, как правило, к алкоголю прибегают в связи с реакцией на социальный или какой –либо иной стресс [47,277]. М.Г. Пятов и Н.Г. Шумский [121] подчеркивают, что в первом случае речь идет об алкоголизме в позднем возрасте, а во втором – собственно об алкоголизме позднего возраста. По австралийским данным, лица с алкоголизмом позднего возраста составляют 1/3 среди всех алкоголиков старше 65 лет.

В одном из исследований проводилось определение основных факторов развития расстройств депрессивного спектра у пожилых лиц, переживающих состояние одиночества после смерти супруга или супруги. Основными факторами, способствующими развитию депрессивных расстройств при

состояниях одиночества в позднем возрасте, по мнению авторов являются одинокое проживание, наличие в структуре преморбидной личности психастенической, истерической акцентуаций, преобладание тревожно – мнительных, сензитивных и ригидных черт. К факторам, препятствующим развитию депрессивных расстройств в условиях одиночества, авторы отнесли наличие гипертимного и шизотимного типов акцентуаций личности и аналогичных черт личности; дисгармоничный характер супружеских отношений [91].

В США, где продолжительность жизни мужчин и женщин достаточно высока и сопоставима по продолжительности, также имеет место усиление алкоголизации до проблемного уровня в позднем возрасте, что связывают с фактором одиночества, однако это касается и женщин, и мужчин [233]. В одном из исследований изучались особенности влияния стрессовых факторов на поздний алкоголизм в гендерном аспекте. Установили, что мужчины – алкоголики делали упор на существующие стрессы, связанные с финансами и с друзьями, а также на недостаточную помощь со стороны детей и других родственников. В отличие от них, женщины большее внимание обращали на негативные жизненные события, а также существующие трудности во взаимоотношениях с мужьями [86,241]. Вместе с тем, в во многих публикациях имеются указания, что именно в позднем возрасте у женщин результаты терапии алкоголизма более высокие, чем у мужчин [251].

При утрате близкого человека резко нарушается привычный уклад жизни, устоявшийся порядок в отношениях, обрываются эмоциональные и интеллектуальные взаимоотношения [91]. Однако, чувство одиночества в результате вдовства переносится легче. При этом возникают предпосылки создания новых социальных связей. При разводе чувство одиночества более острое, так как оно усиливается ощущением межличностной неадекватности и сопровождается чувством неуверенности.

В одной из работ исследовали темп прогрессивности алкоголизма у женщин. Было выявлено, что женщины в группе с высокой прогрессивностью

(ВП) в 2 раза чаще официально зарегистрированному браку предпочитали сожительство. В свою очередь, в подгруппе с малой прогредиентностью (МП) женщины вдвое чаще вступали в повторные браки при сравнимом с группой ВП количестве разводов. Более сильное стремление к устойчивым брачным отношениям у больных подгруппы МП сохранялось при любой длительности заболевания. В то же время в группе ВП по мере роста давности алкоголизма процент разводов оставался неизменно высоким (в пределах 37% –42%), в отличие от подгруппы МП, где этот показатель, наоборот, снижался до 13% в группе с давностью заболевания 7 и более лет. Кроме того, в подгруппе ВП с течением времени проявлялась тенденция к уменьшению числа замужних женщин [84].

В настоящее время наиболее часто используемым показателем успешности лечения синдрома зависимости является стойкость, длительность и качество достигаемых ремиссий. В работе Николкиной Ю.А. у женщин с алкогольной зависимостью с разным семейным положением были установлены существенные различия по отдельным клиническим характеристикам. По результатам исследования средняя продолжительность ремиссии в месяцах (по данным анамнеза) у пациенток, проживающих в полных семьях ($14,3 \pm 1,7$), была значимо больше, чем у женщин, находящихся в ситуации одиночества ($8,9 \pm 1,48$; $p < 0,05$), проживающих с родителями ($8,8 \pm 1,66$; $p < 0,05$), с партнером ($6,6 \pm 1,48$; $p < 0,01$) [109].

Таким образом, следует учитывать, что ситуационно – психологический фактор в виде одиночества влияет как на течение аффективных нарушений, так и на течение алкоголизма у женщин.

1.4 Феномен стигматизации при женском алкоголизме

Изучение феномена стигматизации (психологических механизмов, закономерностей, проявлений, последствий) является актуальной задачей современной науки – медицины, медицинской и социальной психологии.

Проблема стигматизации в наркологии изучена в меньшей степени, однако современные исследования подтверждают, что стигматизация наркологических пациентов негативно влияет на качество жизни и процесс выздоровления людей с алкогольной или наркотической зависимостью, служит барьером для обращения за помощью и препятствием для успешной реадaptации [48, 149]. «Стигматизация» женского алкоголизма подразумевает наложение своеобразного социального клейма на женщин, страдающих алкогольной зависимостью.

Негативное отношение населения развитых стран к наркологическим больным обусловлено тем, что большинство респондентов считает алкогольную зависимость моральной слабостью [178,253,254]. Причины стигматизации многообразны и включают недостаточное понимание болезни, предубеждение о том, что такая зависимость неизлечима, распространенные в обществе страхи, связанные со снижением уровня социального функционирования, антисоциальным поведением таких лиц [181,211,229,238]. Слабое осознание болезни относится к негативному уровню когнитивных предикторов лечения [78].

Психологическая основа стигматизации заключается в механизме «вторичной выгоды» этого процесса для стигматизирующего [186]. Исследования показали, что чем более тревожен и фрустрирован индивид в повседневной жизни, чем ниже его самооценка, тем сильнее у него выражена склонность принижать и стигматизировать других [206]. Стигматизирующий получает неосознанную пользу от наличия стигматизируемого, относя его к более низкой категории [234]. С научно – теоретической точки зрения стигматизация представляет собой процесс экстраполяции социально неприемлемых стереотипов на отдельных лиц или группы, выделения их из общей массы по отдельным признакам [214].

Стигматизация имеет эволюционное происхождение и может рассматриваться в качестве тактики выживания и репродукции, определяющей внутренний импульс к дискриминации. Именно генетические причины лежат в основе стремления обнаруживать разного рода опасности в окружающей среде, например, в виде психически больных, лиц, страдающих алкоголизмом и

наркоманией [193]. С научно – практической точки зрения стигматизация это своеобразное «наложение ярлыка» вследствие вымышленных или реальных дефектов, обусловленных рядом факторов[160].

В целях экономии ресурсов памяти и восприятия, объекты и действия делятся на облегченные категории, вырабатываются комфортные стереотипы оценки поступающей информации. Это разъясняет популярность таких «емких» формулировок, как «алкоголик», «наркоман» (а в психиатрии «шизофреник», «психопат»), часто применяемых даже специалистами. Исследования показывают, что пациенты наркологической службы стигматизированы в основном как асоциальные, антисоциальные и социопатические лица [214,230].

Георг Шумерус [271] отмечает, что в странах Европы, Северной и Южной Америки зависимые воспринимаются как опасные и непредсказуемые (параметр безопасности), безвольные, ненадежные, живущие за чужой счет (параметр контроля), нуждающиеся в принудительном лечении (параметр репрессивной социальной политики). В общественном представлении алкогольная зависимость не является болезнью, а зависимые оцениваются как добровольно потерявшие контроль, поэтому они не заслуживают сочувствия и вызывают злость, отвращение и тревогу [263]. Лица с зависимостью устойчиво и в разных странах воспринимаются как проблемные пациенты [52,248].

Стигматизирующие представления включают восприятие зависимых как неспособных к излечению, запущенных и «грязных», лживых и манипулирующих, агрессивных [262]. Так, например, в США с середины 1990 –х гг. только увеличилось количество людей, считающих, что алкогольная зависимость не является медицинской проблемой, а должна оцениваться как «болезнь воли» [255,259]. В Германии же положительные изменения в общественном восприятии алкогольной зависимости коснулись в основном только тех зависимых, которые прошли медикаментозное лечение, но не психотерапию [240].

Как справедливо замечает В.Е. Пелипас [116], наркологическим больным отказано в праве быть субъектами этических отношений. Формально «статус

больного» в отношении "наркомана", "токсикомана" или "алкоголика" признается, но реально предполагаются многочисленные оговорки, которые ставят наркологического больного, по сравнению с соматическими или неврологическими, в противоречивое положение. Логика такого рассуждения приводит к тому, что «алкоголик» или «наркоман» признается больным, но не таким, как другие – обычные, "законные" больные, а как "условно больные" или больные "второго сорта". Это обозначено «этическим нигилизмом», когда любая этическая норма ставится под сомнение или носит относительный характер.

Стигматизация в наркологической практике — понятие гетерогенное, во многом зависящее от принадлежности аддикта к той либо другой социальной и ролевой группе, в том числе половой. Впервые этот феномен был изучен у женщин, злоупотребляющих алкоголем [267].

Что касается социальных аспектов лечения больных с алкогольной зависимостью у женщин, то здесь имеет значение попытка женщин тщательно скрыть свое заболевание, что частично объясняется существующими установками о том, что потребление алкоголя является полоролевым поведением адекватным только для мужчин [99]. Одной из причин трудностей терапии женщин является значимая связь «женщина –общество», которая искажает характеристики заболевания и препятствует психотерапевтическому контакту. Д.И. Громыко [38] отметил, что положительный результат лечения встречался у женщин чаще, чем у мужчин, и при ремиссии больше года был связан с твердым желанием женщины сохранить семью и восстановить утраченный социальный статус. Само же желание лечения было связано с негативной оценкой состояния своего здоровья, проблемами в семье и на работе.

Гендерные исследования значения стигматизации выявили различия в общественном мнении об алкоголизме в отношении мужчин и женщин, когда одни и те же нарушения социального поведения допускаются у мужчин, но категорически запрещаются женщинам. При этом стигматизация в большей степени касается одиноких женщин, к замужним общественное мнение более терпимо.

Отдельные высказывания, что алкоголизм у женщин не более патологичен, чем у мужчин, но кажется таковым из – за общественного неприятия, отображают попытки отделить миф от реальности. Некоторые авторы пишут о «двойном стандарте» в отношении мужчин и женщин, злоупотребляющих алкоголем, что вызвано отступлением пьющей женщины от стереотипа чисто женского поведения в поддержании целостности семьи и воспитании детей [176]. F. Ridlon, J. Copeland [195,244] и ряд других исследователей отмечают, что эти женщины также подвергаются стигматизации по признаку сексуальной «распущенности» в случае формирования зависимости. Авторы заметили [164,169], что женщины, больные алкоголизмом, воспринимаются обществом как неразборчивые в сексуальных связях.

Результатом стигматизации обычно становится маркирование, выделение индивида из сообщества и противопоставление другим его членам, отторжение от него либо полное, либо частичное. Если индивид принимает предложенную общностью стигму, то она становится фактором, предопределяющим программирование и самопрограммирование поведения индивида на ее основе. Основой стигматизации могут служить лишь общезначимые и ясные ценности. Каждый индивид, как в зеркало, смотрится в другого, и ему небезразлично как воспринимают и оценивают его другие. «Я» – явление не физического, а социального и психологического порядка. Саморегуляция поведения предполагает также наличие у индивида определенной информации о самом себе [92].

Стигматизация пьющих женщин отражает не только предвзятое отношение общества к такой женщине, но и переживание самими женщинами тяжести своего дефекта. Именно поэтому у женщин часто отмечаются специфические феномены, существенно влияющие на клинику болезни – чувство вины, стыдливости, позора, низкая оценка самого себя, склонность к одиночному пьянству и т.д. [158,159].

Обсуждая вопросы «вины и стыда» среди женщин –алкоголиков, B.S.L. Gomborg [213] писал, что обострение этих чувств возникает вследствие боязни общественного порицания. Р. Т. Поттер – Эфрон [129] отмечал, что эти чувства,

являясь по сути своей защитными, могут иметь как позитивное, так и негативное значение — глубокое проявление чувства вины порождает вторичные депрессивные проблемы. Негативные проявления стигматизации у женщин, больных алкоголизмом, выражались в сокрытии ими алкогольной симптоматики, снижении самооценки, своеобразной «запрограммированности на неудачу», оценке своего заболевания как «злокачественного» и «низкокурабельного», утрированной «психотравматичности», попытках личностной позитивизации, своеобразном «гиперкомпенсаторном» поведении в период ремиссии [155,158].

Вероятно, что именно явлением стигматизации объясняется отсутствие явных социальных проблем у женщин — они реже совершают противоправные действия в состоянии интоксикации, что может быть вызвано стремлением соответствовать женской роли, наличием социальных «табу». Вместе с тем, стигматизация женского алкоголизма порождает стремление завуалировать алкоголизацию, а это приводит к латентному, скрытому течению алкоголизма, отрицанию алкогольных проблем.

Если речь идет об алкоголизме, то отношение общества к пьющим мужчинам будет более снисходительным, т.к. здесь рассматривается возможность излечения, достижение длительной ремиссии. Позиция населения будет более терпима, т.к. формируется убеждение о возможном «выздоровлении». С другой стороны, заболевание у женщин, злоупотребляющих алкоголем, в обществе характеризуется как более злокачественное, что говорит о необратимом характере патологии, об обреченности такой женщины. Отношение окружающих к таким женщинам будет предвзятым и крайне негативным.

Стигматизации в большей степени подвергаются те атрибуты, которые воспринимаются как поддающиеся контролю, избежать которых во власти человека, и, следовательно, их развитие — вина его самого [187]. Чем больше общественное мнение склонно винить человека за его состояние, тем шире поддержка репрессивной социальной политики: принудительных форм лечения, закрытого содержания, наказаний, и т. д. [222,228,236].

Некоторые исследования женщин, злоупотребляющих алкоголем, позволяют выделить психологические и поведенческие особенности, являющиеся следствием стигматизации. Стигматизация является одной из причин поздней обращаемости женщин за наркологической помощью. В исследовании проводимой Курьяновой Н.Н. [88] было выявлено, что из числа всех госпитализированных $69,04 \pm 0,19\%$ были доставлены в отделение врачами скорой медицинской помощи по просьбе родственников заболевших женщин, $17,61 \pm 0,47\%$ – сотрудниками милиции; $6,19 \pm 0,61\%$ – обратились в отделение самостоятельно, $7,14 \pm 0,71\%$ поступили в стационар по направлению областного наркологического диспансера. Только 25% (24,46%) женщин поступили в стационар впервые, остальные – повторно. Значительная часть женщин нуждается в специализированной помощи на ранних этапах заболевания, однако, не обращается с связи с боязнью огласки. В другой работе проводимой Понизовским П.А. [119] исследовали причины побудившие обратиться за наркологической помощью пациентов с первой стадией заболевания. В результате, было выявлено, что в 57% случаев в инициации лечения ведущую роль играло ближайшее окружение пациента, а в 41% случаев пациенты обратились в наркологический стационар по собственному желанию.

С явлением стигматизация также связано преуменьшение тяжести алкоголизации, искажение реальных масштабов злоупотребления алкоголем. Отмеченная специалистами особая «лживость» женщин, злоупотребляющих алкоголем, в ряде случаев является компенсаторным стремлением улучшить в глазах окружающих свое положение, создать иллюзию благополучия, поддержать свой личностный статус. Своеобразная «женская» логика, построенная на эмоциональной субъективности, здесь оборачивается отрицанием очевидного. Психологическая защита формирует установку на реагирование протестом, негативизмом. Отрицание больными своего заболевания – алкогольная анозогнозия – является одним из основных клинических феноменов алкогольной зависимости [131]. В исследовании проводимой Барановой О.В. [11] была изучена алкогольная анозогнозия у женщин, злоупотребляющих алкоголем, в результате

чего были получены следующие данные: у 28 (21,1%) больных была выявлена тотальная анозогнозия, у 89 человек (66,9%) – частичная анозогнозия и только у 16 больных (12,0%) присунокутствовало осознание заболевания. У больных с тотальной анозогнозией формирование присунокущего им выраженного феномена полного отрицания болезни было связано с преобладанием психологической защиты деструктивного типа.

Механизмы психологической защиты личности больных с частичной анозогнозией отличались умеренной деструктивностью, при которой до осознания допускается лишь часть информации о заболевании. У больных с осознанием заболевания в структуре личности преобладали механизмы конструктивного типа психологической защиты, которые допускают психотравмирующую информацию о наличии заболевания до осознания.

В другой работе, исследовавшей женщин, злоупотребляющих алкоголем, были выявлены следующие виды психологических защит: реактивное образование (64, 65%), регрессия (62,64%), отрицание (58,65%), компенсация (55,92%), замещение (52,10%), проекция (47,73%), вытеснение (40,88%), интеллектуализация (40,67%) [94].

Стигматизация является одной из причин низкой самооценки у женщин, злоупотребляющих алкоголем. В свою очередь, Е.В. Зинько (2005), изучив место самооценки в структуре самосознания, пришел к выводу, что чем стабильней самооценка, тем меньше склонность к депрессивным состояниям [55]. В одном из исследований было выявлено, что как у женщин, так и у мужчин имелось критическое отношение к самому себе, неудовлетворенность собственным поведением и уровнем принятия самого себя. Однако 5% мужчин и только 3% женщин принимали себя как личность, были склонны осознавать себя носителем позитивных, социально желательных характеристик, и в определенном смысле были удовлетворены собой [103]. В одном из исследований сравнивали 2 группы – основная группа была с алкогольной зависимостью и контрольная группа без зависимости. Результаты показали, что в группе без алкогольной зависимости доминирует адекватная самооценка (91,7%). В отличие от группы с алкогольной

зависимостью, где большинство испытуемых данной группы отличала заниженная самооценка личности (83,8%), что свидетельствовало о нерешительности, боязливости, обидчивости, конфликтности, преувеличении значения неудач [43]. На низкую самооценку в своих исследованиях указывают и другие авторы [98].

Для женщин, злоупотребляющих алкоголем характерно стремление завуалировать свою алкоголизацию внешними причинами вследствие стигматизации, оправдать свою алкоголизацию наличием «психотравм». Так, из 250 обследованных больных психотравмы наблюдались в 193 случаях, включающих: выход на пенсию (24), увольнение с работы (22), инвалидизация (13), тюремное заключение супруга (14), смерть супруга (18), уход детей из дома (28), измена супруга (21), развод (43), ремиссия у больного алкоголизмом супруга (12 случаев) [155]. Одним из психотравмирующих факторов служит одиночество. Характерно, что злоупотребляющие алкоголем женщины, находящиеся в ситуации одиночества стигматизированы в большей степени. В исследовании Короленко Ц.П., Шпикс Т.А. первую группу составили женщины, употребляющие алкоголь в компании, а вторую – в одиночку. В результате было выявлено, что в отличие от первой группы, во второй употребление алкоголя сопровождалось нарастающим чувством вины, стыда, а также страхом обнаружения, вследствие чего выпивки тщательно маскировались [80].

Таким образом, при определении тактики ведения женщин, злоупотребляющих алкоголем, необходимо учитывать влияние фактора стигматизации. Одновременно все большее значение приобретает фактор одиночества, наличие аффективных расстройств у данного контингента больных.

ГЛАВА 2

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1 Общая характеристика пациенток

Исследование проводилось на базе ГАУЗ РНД МЗ РТ г. Казани, 2 – го стационарного отделения. Согласно поставленной цели и задачам была сформирована исследуемая выборка больных с алкогольной зависимостью соответственно критериям включения и исключения из исследования. За период с января 2013 по январь 2016 гг. было обследовано 150 больных женщин, страдающих алкогольной зависимостью. Критерии включения в исследование: наличие письменно оформленного добровольного согласия пациента на участие в исследовании; наличие верифицированного диагноза алкогольной зависимости в результате комплексного клинического исследования; наличие аффективных расстройств депрессивного спектра. Критерии исключения: наличие психической патологии (шизофрения и другие эндогенные заболевания); наличие алкогольной деменции; отказ взаимодействовать с исследователем.

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 находящиеся в ситуации одиночества. Группу сравнения составили 48 женщин, состоящих в браке или имеющих партнеров. Общая характеристика пациентов приводилась по данным анкетирования.

Обе группы были сопоставимы по социально –демографическим показателям, включающим: возраст больных, образование, уровень занятости, трудовую квалификацию, семейное положение. Возраст больных в основной группе распределился следующим образом: 21-30 лет – 20,5 % (21 чел.), 31-40 лет – 31,4 % (32 чел.), от 41-50 лет – 41,2 % (42 чел.), старше 50 лет – 6,9% (7 чел.). Средний возраст составил $38,6 \pm 9,4$ лет. Возраст больных в группе сравнения: 21 - 30 лет – 37,5 % (18 чел.), 31 - 40 лет – 29,2 % (14 чел.), 41 - 50 лет – 20,8 %

(10 чел.), старше 50 лет – 12,5% (6 чел.). Средний возраст составил $36,1 \pm 10,7$ лет (диаграмма 1).

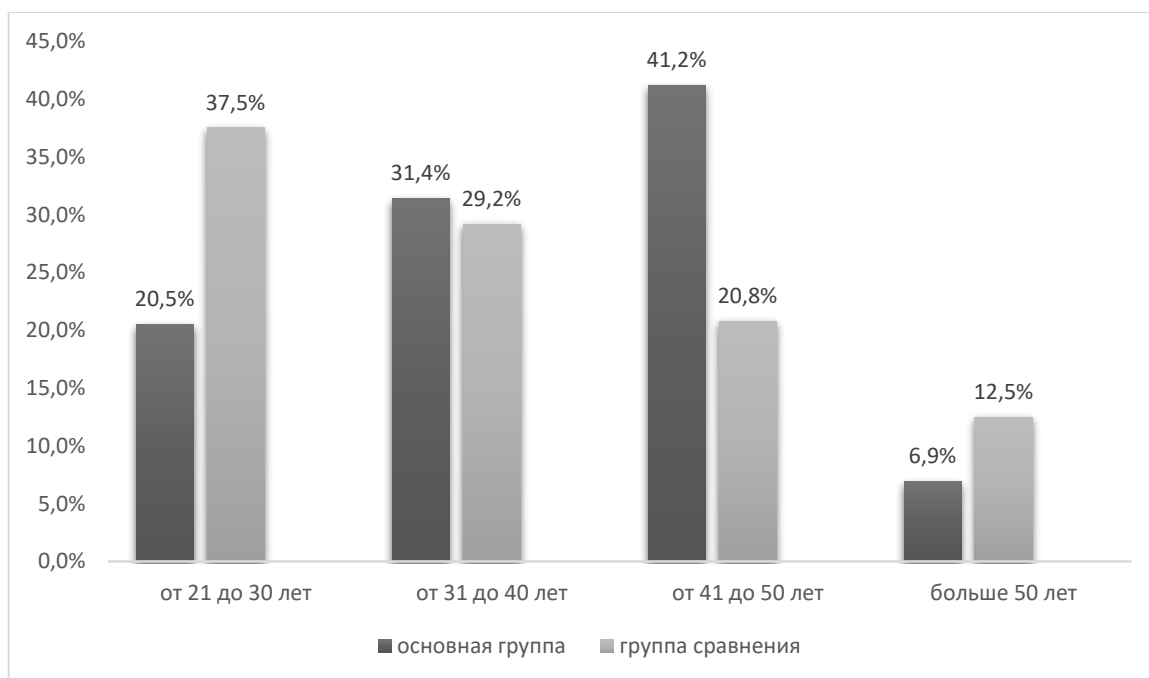


Диаграмма 1. Распределение больных по возрасту

Уровень образования в основной группе был следующим: незаконченное среднее – у 12,7% (13 чел.) женщин, среднее – у 71,6% (73 чел.), незаконченное высшее – у 5,9% (6 чел.), высшее – у 9,8% (10 чел.). Уровень образования в группе сравнения: незаконченное среднее – у 16,7% женщин (8 чел.), среднее – у 47,9% (23 чел.), незаконченное высшее – у 18,7% (9 чел.), высшее – у 16,7% (8 чел.) (диаграмма 2).

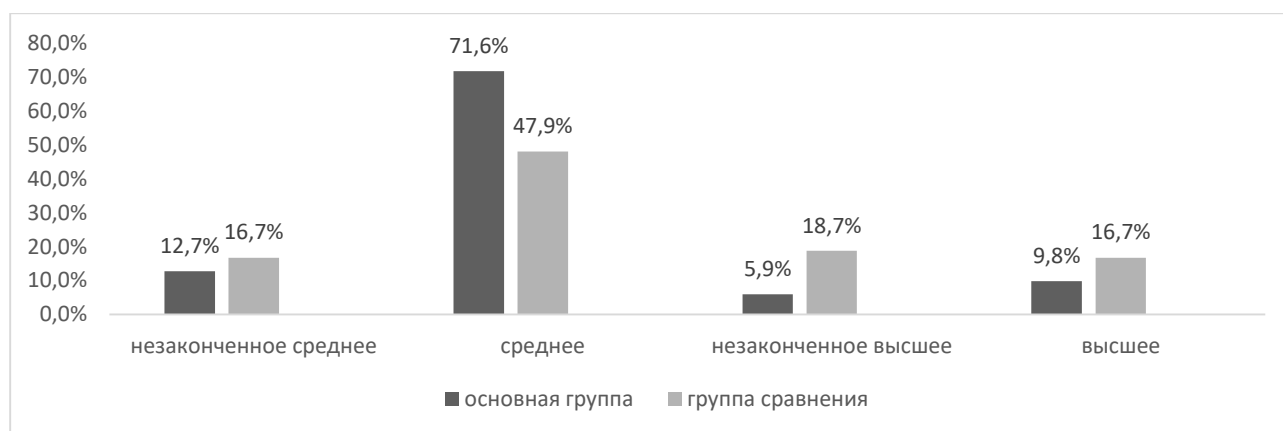


Диаграмма 2. Уровень образования в основной группе и группе сравнения

Уровень занятости в основной группе был следующим: работали 41,2% (42 чел.) пациенток, временно не работали 45%, (46 чел.) постоянно не работали

13,8%. (14 чел.) Уровень занятости в группе сравнения: работали 50% (24 чел.) пациенток, временно не работали 33,3%, (16 чел.) постоянно не работали 16,7% (8 чел.) (диаграмма 3).



Диаграмма 3. Уровень занятости в основной группе и группе сравнения

Из них работали по специальности в основной группе в 30,9% (13 чел.), не по специальности – 57,1% (24 чел.), из них без снижения – 26,3% (11 чел.), со снижением – 30,9% (13 чел.), увольнение по статье наблюдалось в 11,9% (5 чел.) случаев. В группе сравнения работали по специальности в основной группе в 45,8% (11 чел.), не по специальности – 37,6% (9 чел.), из них без снижения – 20,8% (5 чел.), со снижением – 16,6% (4 чел.), увольнение по статье наблюдалось в 16,6% (4 чел.) случаев. Общий профессиональный стаж в основной группе: до 1 года был у 9% (8 чел.), от 1 до 5 лет – у 27,3% (24 чел.), от 6 до 10 лет – у 45,5% (40 чел.), более 10 лет – у 18,2% (16 чел.). Общий профессиональный стаж в группе сравнения: до 1 года был у 17,5% (7 чел.), от 1 до 5 лет – у 30% (12 чел.), от 6 до 10 лет – у 37,5% (15 чел.), более 10 лет – у 15% (6 чел.) (диаграмма 4).

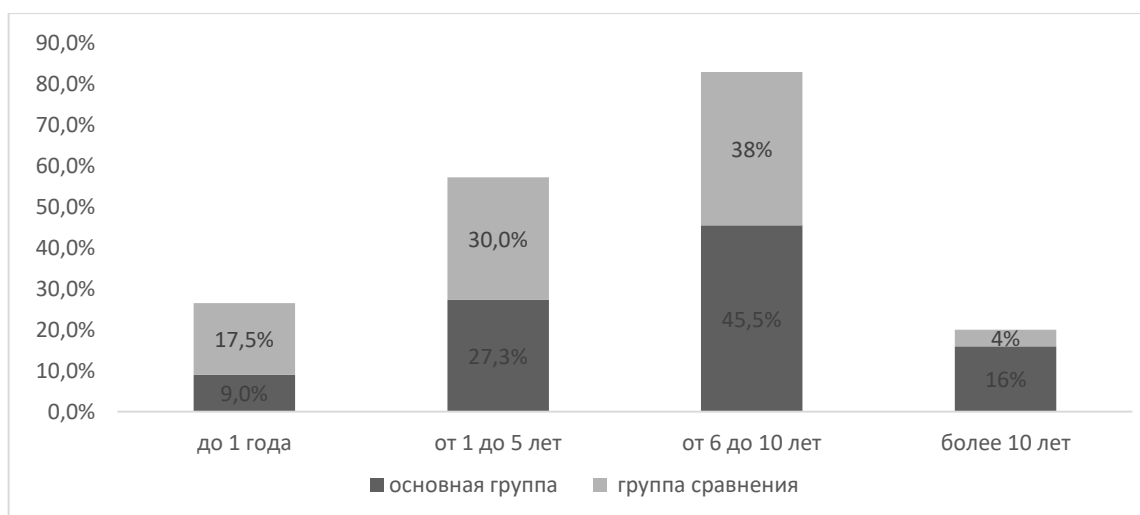


Диаграмма 4. Трудовой стаж в основной группе и группе сравнения

Частота смены мест работ в основной группе: 1 – 2 – 51,2% (45 чел.) больных, 3 – 4 – 23,9% (21 чел.), больше 5 мест работы – 4,5% (4 чел.), не меняли свое место работы 20,4% (18 чел.). Частота смены мест работ в группе сравнения: 1 – 2 – 42,5% (17 чел.) больных, 3 – 4 – 32,5% (13 чел.), больше 5 мест работы – 12,5% (5 чел.), не меняли свое место работы 12,5% (5 чел.) (диаграмма 5).

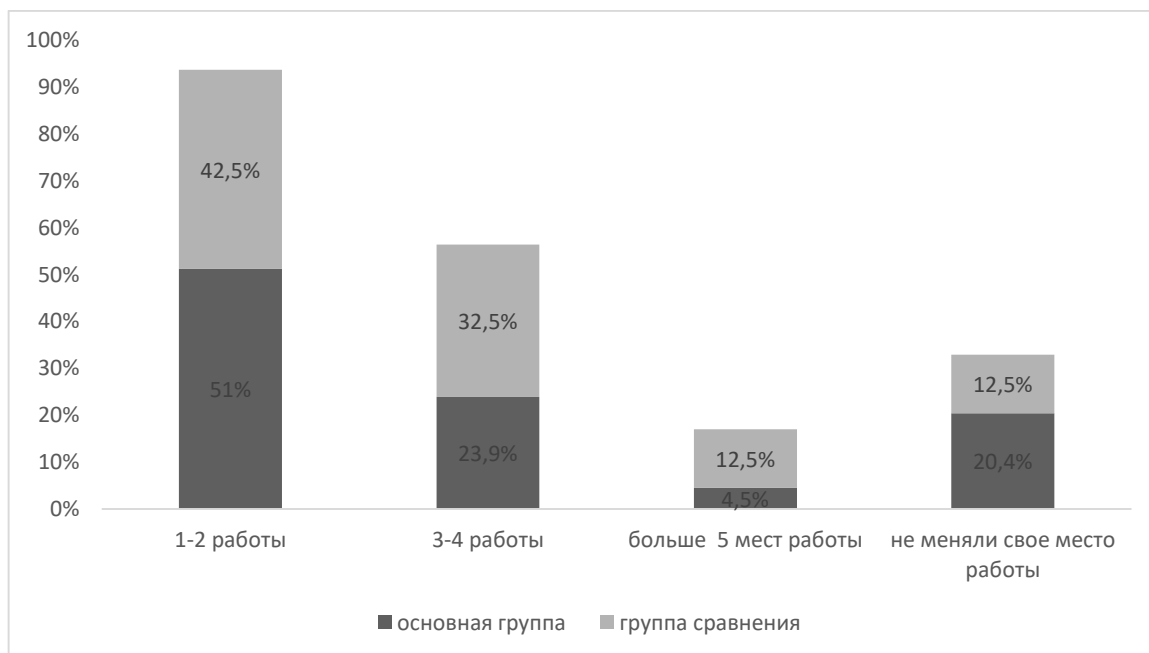


Диаграмма 5. Частота смены мест работы в основной группе и группе сравнения

Основная группа и группа сравнения отличались социальным статусом. Характеристика первой группы была следующей: длительность одиночества

составила: 1 год – 4,9% (5 чел.), 1 – 3 года – 18,6% (19 чел.), больше 3 – х лет – 76,5% (78 чел.) (диаграмма 6).

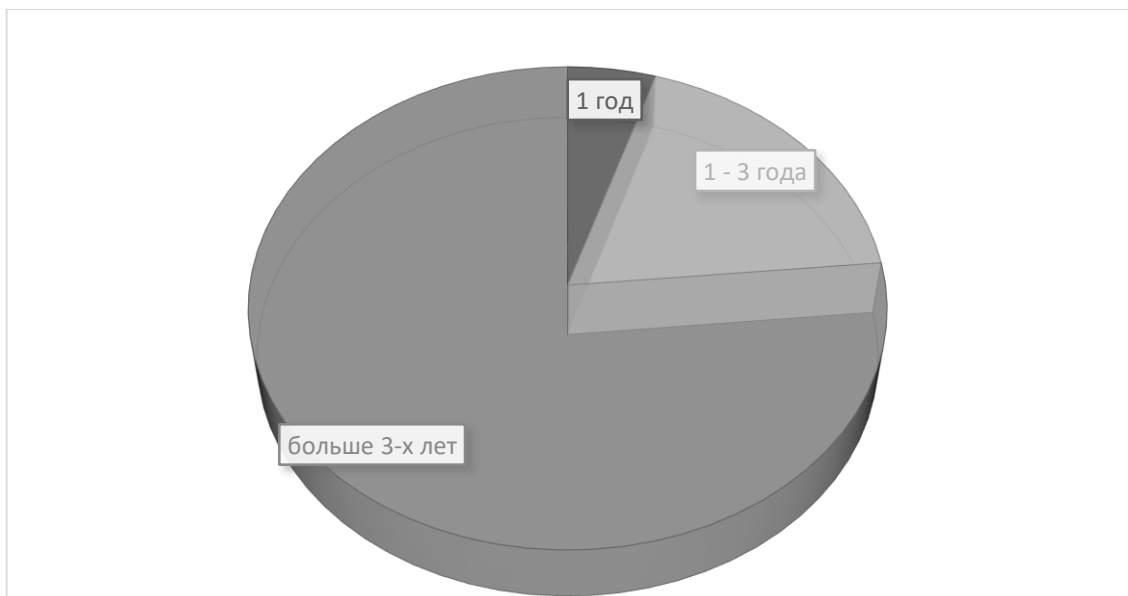


Диаграмма 6. Длительность одиночества в первой группе

Одиночество было полным в 31,4% (32 чел.) случаях, неполным (проживание с детьми) – в 68,6% (70 чел.). Во второй группе замужних женщин в официальном браке состояли 77% (37 чел.), в гостевом браке – 12,5% (6 чел.), контрактном браке – 10,5% (5 чел.) (диаграмма 7).

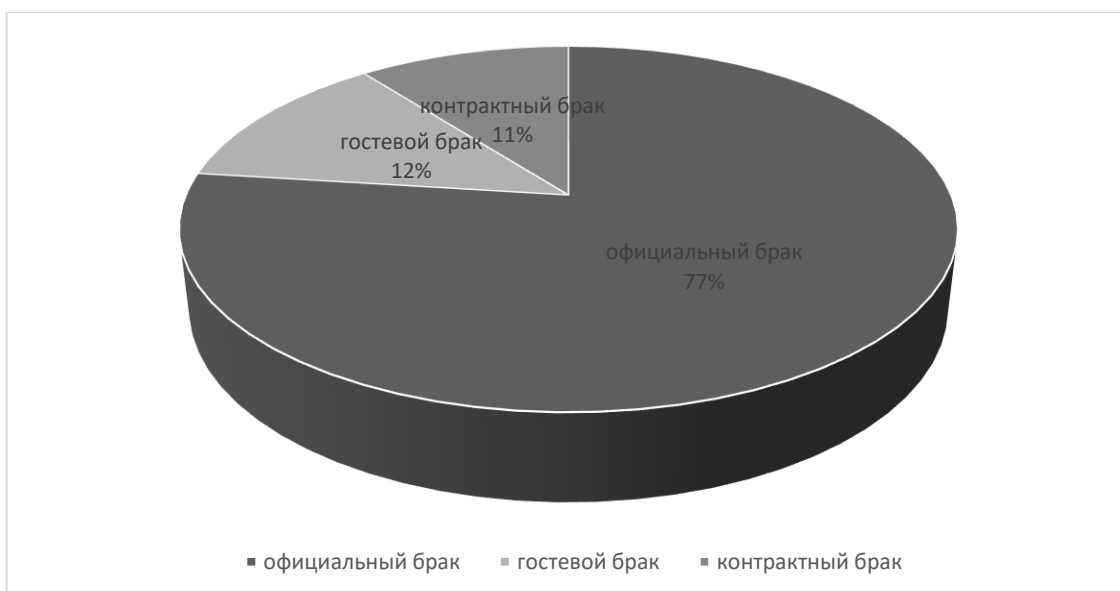


Диаграмма 7. Семейное положение пациенток группы сравнения

Анкета включала сведения о воспитании в семье, характере отца, матери, о семейных отношениях. В основной группе пациентки воспитывались: отцом и матерью – 31,4% (32 чел.), матерью – 57,8% (59 чел.), отчимом (мачехой) – 5,9% (6 чел.), в чужой семье 2% (2 чел.), в детском доме 2,9 % (3 чел.). В группе сравнения пациентки воспитывались в семье: отцом и матерью – 31,2% (15 чел.), матерью – 54,2% (26 чел.), отчимом (мачехой) – 8,4% (4 чел.), в чужой семье 2% (1 чел.), в детском доме 4,2% (2 чел.) (диаграмма 8).

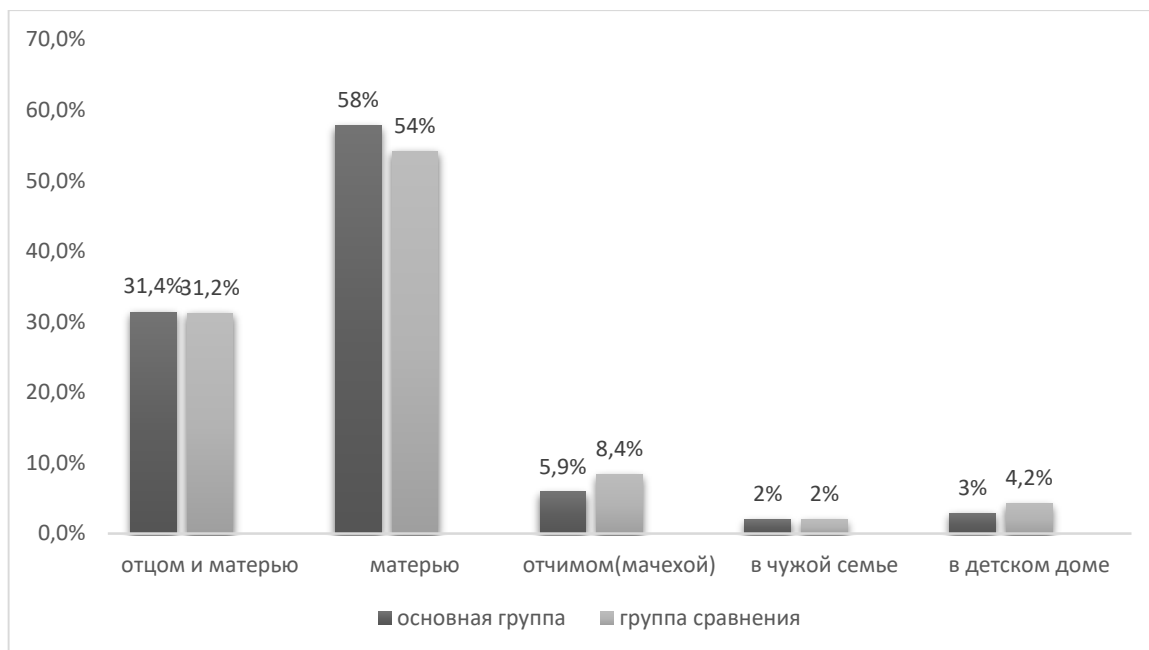


Диаграмма 8. Воспитание в семье в основной группе и группе сравнения

В основной группе в характере матери были такие черты как: вспыльчивость – 9,8% (10 чел.), возбудимость – 13,7% (14 чел.), неуправляемость – 5,9% (6 чел.), быстрая смена настроения – 24,5% (25 чел.), преобладание пониженного настроения 30,4% (31 чел.), плаксивость – 15,7% (16 чел.). В группе сравнения в характере матери были такие черты как: вспыльчивость – 6,3% (3 чел.), возбудимость – 8,3% (4 чел.), неуправляемость – 8,3% (4 чел.), быстрая смена настроения – 18,8% (9 чел.), преобладание пониженного настроения 22,9% (11 чел.), плаксивость – 35,4% (17 чел.).

В основной группе в характере отца были такие черты как: вспыльчивость – 13,7% (14 чел.), возбудимость – 11,8% (12 чел.), неуправляемость – 11,8% (12 чел.), быстрая смена настроения – 5,9% (6 чел.), преобладание пониженного

настроения 3,9% (4 чел.), плаксивость –0,9 % (1чел.), не наблюдалось – 52%(53 чел.). В группе сравнения в характере отца были такие черты как: вспыльчивость – 10,4% (5 чел.), возбудимость – 14,6% (7 чел.), неуправляемость – 8,3% (4 чел.), быстрая смена настроения –22,9% (11чел.), преобладание пониженного настроения 4,2% (2 чел.), плаксивость –не отмечалось, не наблюдалось вышеперечисленных качеств- 39,6% (19 чел.).

Отношения между родителями в основной группе были: конфликтными (мелкие ссоры) – 45% (46 чел.), скандальными – 17,7% (18 чел.), безразличными – 7,9% (8 чел.), спокойными – 29,4% (30 чел.). Отношения между родителями в группе сравнения были: конфликтными (мелкие ссоры) – 54,2% (26 чел.), скандальными – 14,6% (7 чел.), безразличными – 10,4% (5 чел.), спокойными – 20,8% (10 чел.).

Отношение родителей к пациенткам в детстве в основной группе было: ровным – 52,9% (54 чел.), в зависимости от настроения – 17,6% (18 чел.), изнеживающим – 7,9% (8 чел.), властным, жестким – 13,7% (14 чел.), безразличным – 7,9% (8 чел.). Отношение родителей к пациенткам в детстве в группе сравнения было: ровным – 33,3% (16 чел.), в зависимости от настроения – 27% (13 чел.), изнеживающим – 12,5% (6 чел.), властным, жестким – 16,7% (8 чел.), безразличным – 10,5% (5 чел.).

Наследственно –генетические, преморбидно –психические и преморбидно – соматические нарушения являлись основой биологической составляющей. В силу отсутствия значимых различий в группах данные даются в общем виде. Алкоголизм в семье у отца наблюдался в 51,3% (77 чел.), у матери в 27,3% (41 чел.), у обоих родителей в 9,3% (14 чел.), у других родственников в 15,3% (23чел.) (диаграмма 9).

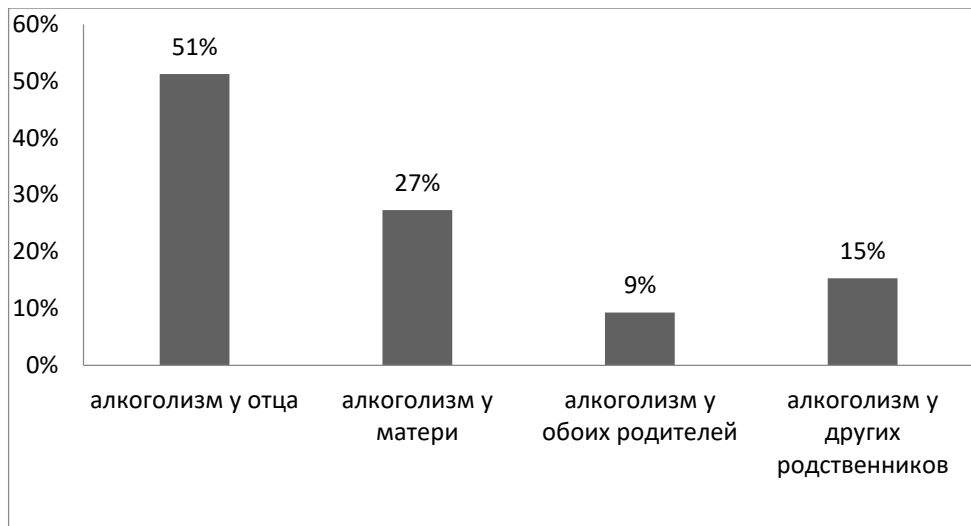


Диаграмма 9. Наличие алкогольной зависимости у родителей

Клинико – анамнестическим методом было выявлено наличие аффективных расстройств в анамнезе. Преморбидные депрессивные расстройства отмечались в 28 % (42 чел.) случаев. Довольно сложно было оценить нозологическую принадлежность выявленных гипотимных, субдепрессивных и депрессивных расстройств до периода злоупотребления алкоголем, однако у одиноких женщин они наблюдались чаще, чем в группе замужних – 18% (27 чел.) из 28%.

Изучение индивидуально –личностных особенностей оценивалось по наличию расстройств личности и акцентуаций характера. Расстройства личности примерно одинаково часто встречались в обеих группах – соответственно в 5% (5 чел.) и 12,5 % (6чел.). В первой группе одиноких женщин чаще встречалось и тревожное расстройство личности, во второй – эмоционально –неустойчивое и истерическое. Акцентуация характера – наблюдалась у 52,6% (79 больных), из них диссоциальное в 32,9% (26чел.), истерическое в 32,9% (26чел.), эмоционально –неустойчивое в 11,4% (9 чел.), параноидное в 5,1% (4чел.), тревожное 11,4% (9 чел.), ананкастное в 3,8% (3 чел.), шизоидный в 2,5% (2 чел.) (Диаграмма 10).

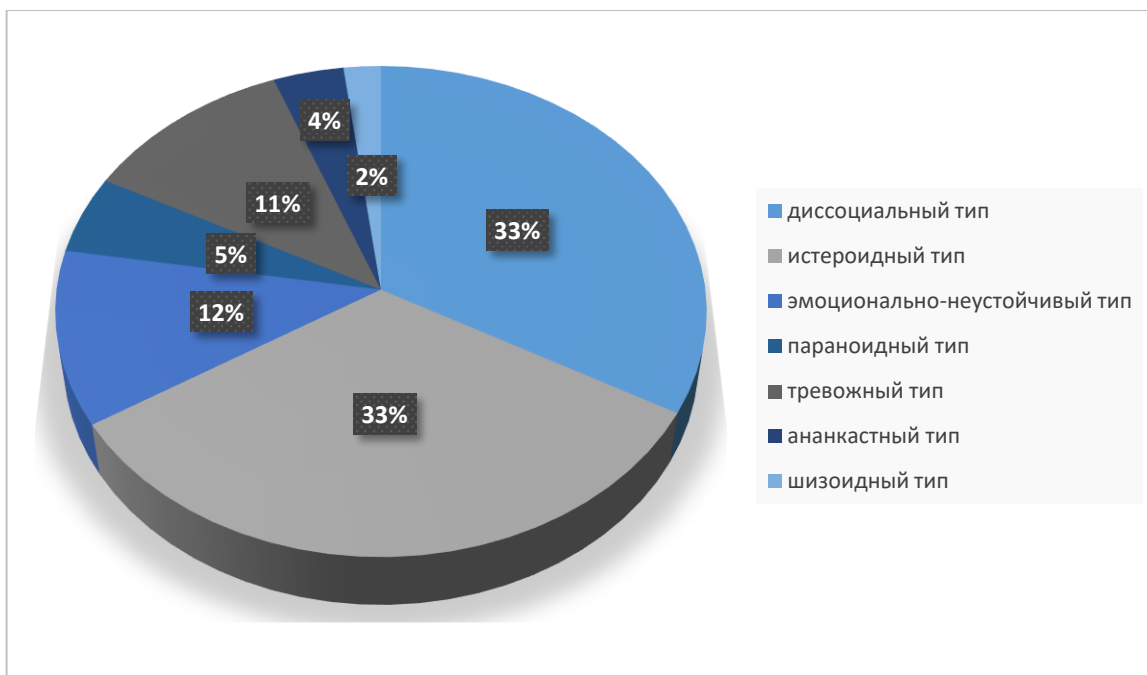


Диаграмма 10. Акцентуация характера в двух группах

В целом, в обеих группах акцентуации характера были распределены равномерно, однако в группе замужних было незначительное превышение истероидного типа акцентуации. Также к данному кластеру относились вопросы о наличии связи негативного эмоционального состояния с алкоголизацией: в первой группе положительно ответили 87,2% (89 чел.), во второй – 70,8% (34 чел.).

Наркологические сведения включали в себя: первое употребление алкоголя, с кем чаще всего происходила алкоголизация, длительность запоев, характеристика обращений за наркологической помощью, ведущая мотивация злоупотребления алкоголем, вопросы о психотравмирующих событиях в жизни пациенток и их вклада в алкоголизацию. В основной группе первое употребление алкоголя отмечалось: в 13 –17 лет – у 34,3% (35чел.), в 18 –25 лет – у 55,9% (57чел.), в 26 –35 лет – у 7,8% (8чел.), в возрасте больше 35 лет – у 2% (2 чел.). В группе сравнения первое употребление алкоголя отмечалось: в 13 –17 лет – у 47,9% (23чел.), в 18 –25 лет – у 37,5% (18чел.), в 26 –35 лет – у 14,6% (7чел.), в возрасте больше 35 лет – не было (диаграмма 11).

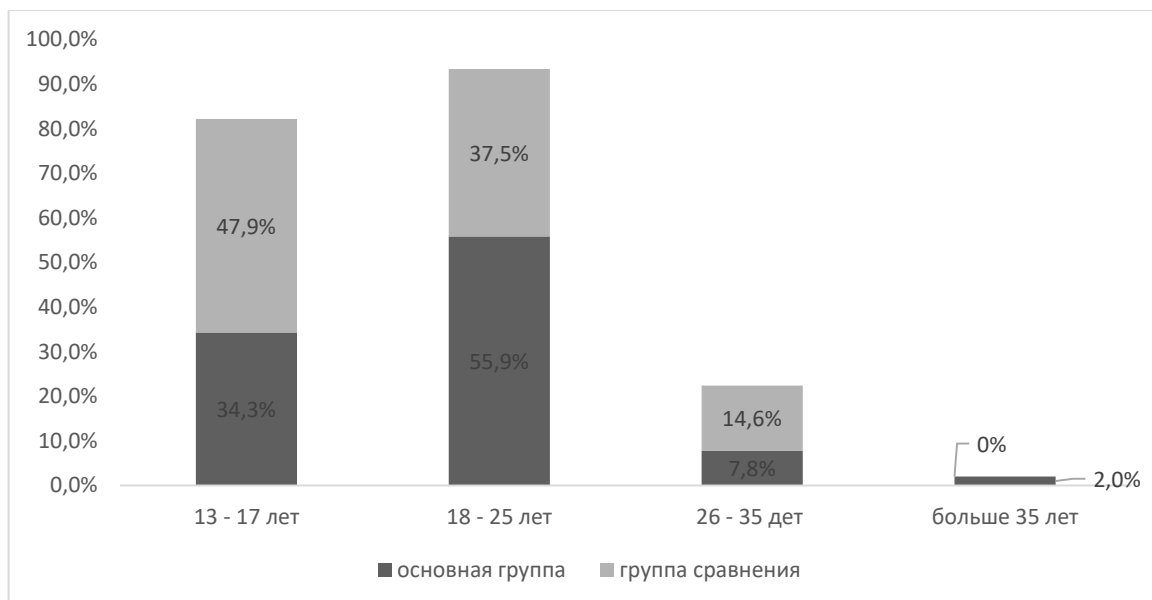


Диаграмма 11. Возраст первого употребления алкоголя в группах

В основной группе потребление алкоголя было: с родителями у 4,9% (5 чел.), с друзьями по работе у 22,5% (23чел.), с друзьями у 17,6 % (18 чел.), с родственниками у 6,9% (7 чел.), в одиночестве у 61,8% (63 чел.). В группе сравнения потребление алкоголя было: с родителями у 14,6% (7чел.), с друзьями по работе у 20,8% (10 чел.), с друзьями у 16,6 % (8чел.), с родственниками у 10,4% (5чел.), в одиночестве у 12,5% (6чел.), с мужем у 25% (12чел.) (диаграмма 12).

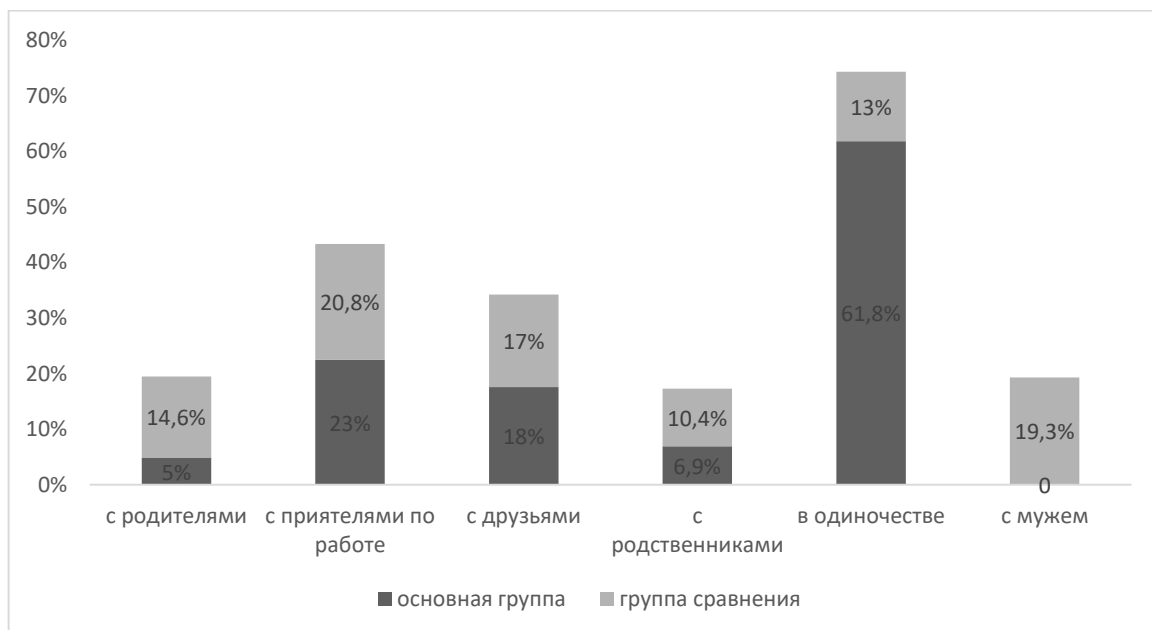


Диаграмма 12. Употребление алкоголя в основной группе и группе сравнения

Длительность запоев в первой группе составила от недели до месяца, во второй – от трех дней до недели. В первой группе преобладали женщины, проходившие лечение впервые – 48% (49чел.), во второй группе этот показатель был равен 37,5% (18чел.), однако длительный «инкубационный» период злоупотребления со скрытым течением заболевания (15 лет) отмечался больше у одиноких женщин – 58,8% (60чел.) против 35,4% (17чел.) в группе замужних женщин.

Изучение различия мотивации употребления алкоголя в группе одиноких и замужних женщин дало следующие результаты. При сопоставлении было выявлено, что начальные мотивы употребления алкоголя не отличались у обследованных женщин. Для обеих групп с одинаковой частотой были выявлены антифрустрационный, релаксационный и антианксиозный мотивы (диаграмма 13).

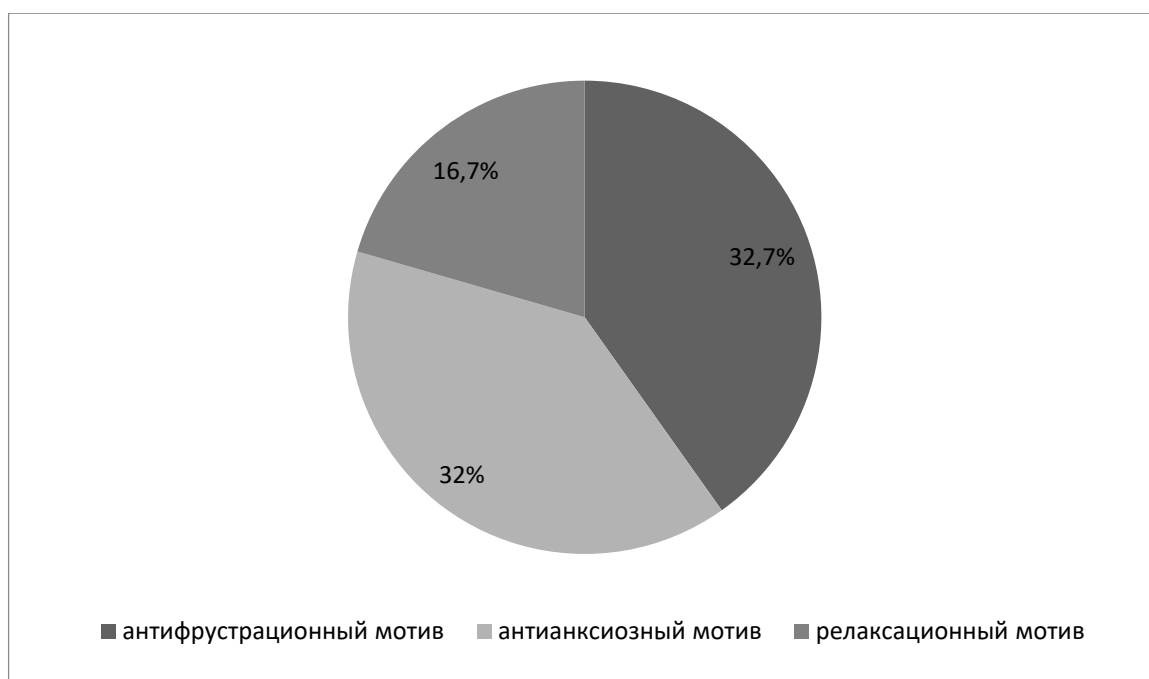


Диаграмма 13. Начальные мотивы употребления алкоголя в двух группах

Антифрустрационный мотив (32,6% - 49 чел.), которому соответствовали утверждения: «пила, чтобы отойти от проблем», «хотелось ни о чем не думать», «навалилось все», «заливала горе вином», «избавлялась от стресса». В этих случаях алкоголь нес функцию «психологического анальгетика» и употреблялся

для разрешения межличностных и внутриличностных проблем, преодоления фрустрации, при возникновении трудных ситуаций в жизни.

Антианксиозный мотив (32% - 48 чел.), которому соответствовали утверждения: «не по себе как –то было», «постоянно что –то тревожило», «не знала, куда себя деть». Спиртные напитки принимались для снятия ощущения внутренней тревоги, беспокойства, ожидания и предчувствия непредсказуемых, неопределенных тревожных событий.

Релаксационный мотив (16,7% - 25 чел.), которому соответствовали утверждения: «пила, чтобы снять напряжение», «от усталости», «пила, чтобы уснуть», «меня это всегда расслабляло». Спиртные напитки принимались для получения физического и психологического удовольствия от действия алкоголя, снятия напряжения, усталости.

Вместе с тем, отмечались специфические мотивы, которые преобладали в группе одиноких женщин: антидепривационный, антидепрессивный (диаграмма 14).

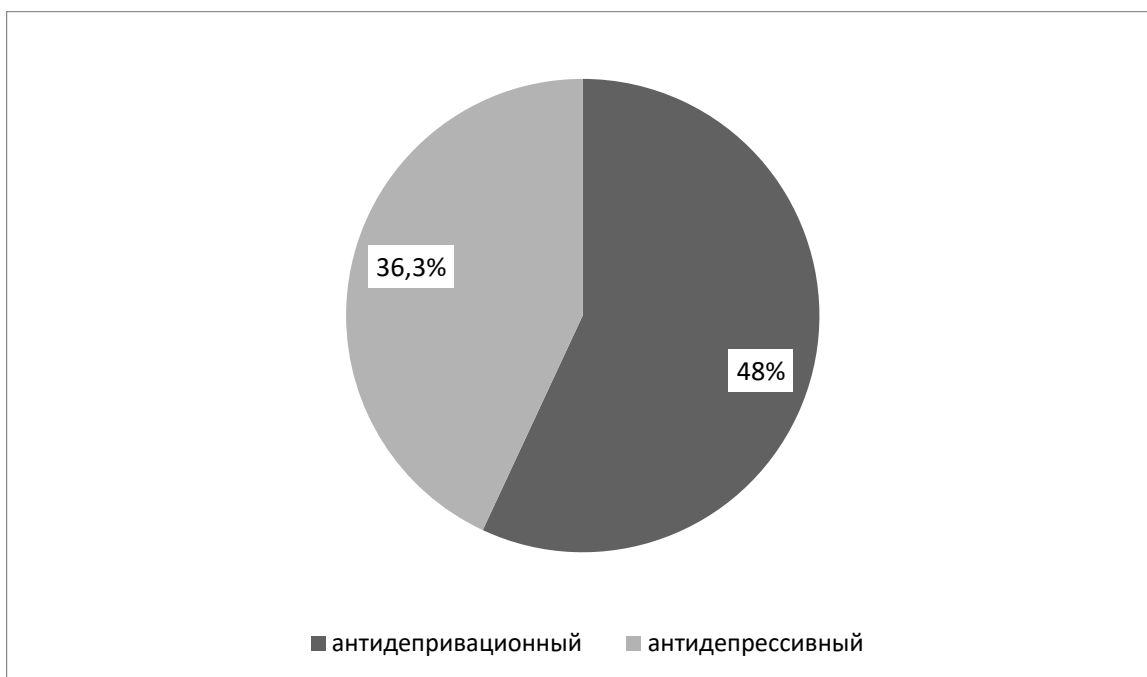


Диаграмма 14. Мотивы употребления алкоголя в первой группе

Антидепривационный мотив (48%- 49 чел.), при котором наиболее частыми утверждениями были: «прикладывалась от одиночества», «пила со скуки», «было

пусто на душе», «не с кем поговорить», «бутылка и я – уже двое». Одиночество, как психогенный фактор, оказывал депримирующее воздействие на обследованных больных, возникала патологическая форма адаптации к условиям одиночества с помощью алкоголизации. В данном случае алкоголь принимался для снижения субъективно тягостного ощущения одиночества.

Антидепрессивный мотив (36,3% - 37 чел.), при котором отмечались следующие словесные формулы: «пила, чтобы развеяться», «плохо внутри было», «от хандры», «на душе кошки скребли», «тоска замучила». Алкоголь принимался с целью коррекции эмоциональных проблем, нейтрализации негативных переживаний, поднятия настроения.

Во второй группе замужних женщин превалировали иные мотивы употребления алкоголя (диаграмма 15).

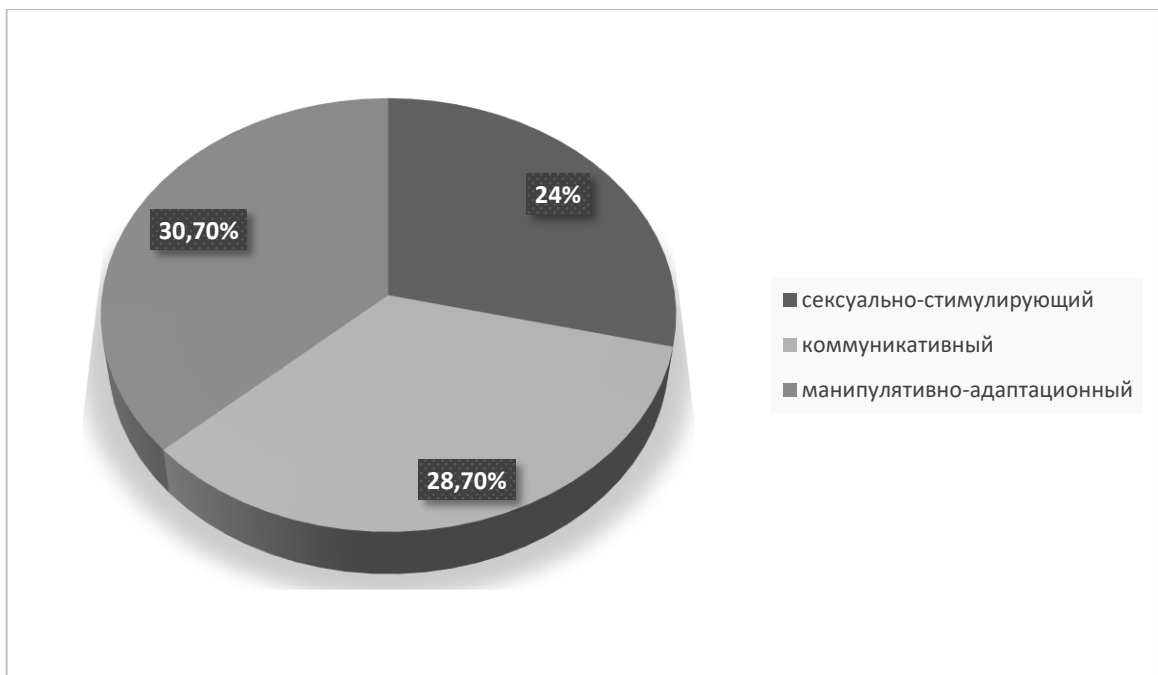


Диаграмма 15. Мотивы употребления алкоголя во второй группе

Сексуально –стимулирующий мотив (22,9% - 11 чел.), который встраивался в структуру совместного с мужем употребления алкоголя с наиболее часто употребляемыми словесными формулами: «для поднятия тонуса», «для настроения», «у нас так лучше получалось». Алкоголь принимался как

стимулятор, средство достижения общей эйфории, реализации сексуального влечения, снятия эмоционального напряжения.

Коммуникативный мотив (29,1% - 14 чел.), при котором выявлялись следующие утверждения: «чтобы мужу угодить», «поддержать компанию», «чтобы не обидеть», «найти общий язык». Спиртные напитки принимались для поддержания отношений с партнером, формирования супружеской гармонии. Прерывание алкоголизации приводило к разладу отношений в семье. Алкоголь принимался с целью снижения психологического напряжения, достижения «гармонии» в межличностных и сексуальных отношениях.

Манипулятивно – адаптационный мотив (31,2% - 15 чел.) с наиболее часто употребляемыми словесными формулами: «пила, чтобы мужу меньше досталось», «думала, пусть лучше пьет дома», «хотела, чтобы был на виду». В этих случаях совместная алкоголизация была продиктована стремлением сохранения контроля над ситуацией, патологической формой семейной адаптации.

Ситуационно – психологическая составляющая включала в себя вопросы о психотравмирующих событиях в жизни пациенток и их вклада в алкоголизацию. Наличие таких потрясений в жизни как физическое насилие наблюдалось у 4% (6 чел.), сексуальное насилие у 6% (9 чел.), смерть близкого человека у 26% (39 чел.), потеря имущества у 12% (18 чел.), несчастная любовь у 7,3% (11 чел.), тяжелая болезнь (инвалидизация) у 9,3% (14 чел.), болезнь близкого у 14 % (21 чел.), не было потрясений в жизни у 21,4% (32 чел.) пациенток (диаграмма 16).



Диаграмма 16. Психотравмирующие события в жизни пациенток

В первой группе 45,3% (46 чел.) женщин отнесли к факторам психической травматизации длительное одиночество и эмоциональную депривацию, во второй группе 25,3% (12) женщин считали, что таковыми являются измена супруга, побои, нестабильность семейных отношений. На вопрос, имели ли эти события значения в употреблении алкоголя, «несомненно» ответили 42% (63 чел.), «в какой –то степени» – 52,7% (79 чел.), «не имели» – 5,3% (8 чел.).

2.2 Методы исследования

Для решения поставленных в работе задач применялся клинический метод, в рамках которого использовались – клинико – психопатологический (анкетирование и интервьюирование), клинико –катамнестический метод, а также экспериментально –психологический и статистический методы.

Использование экспериментально –психологического метода было поэтапным (рисунок 1).

Рисунок 1.



В начале исследования наряду с клиническим интервью и наблюдением проводилась оценка тяжести аффективных расстройств с помощью шкалы «депрессии Готланда». По результатам данного теста депрессивные нарушения были выявлены у всех пациентов за 3 года (сплошной метод статистической выборки). Шкала «депрессии Готланда» является общепринятой оценкой динамики депрессивных нарушений до и после лечения. Тестирование обеих групп по двум шкалам – шкала депрессии Готланда, шкала одиночества, проводилось 2 раза за период пребывания пациента в стационаре, в начале и в конце госпитализации. Результаты данного теста интерпретировались следующим образом: 0 – 13 баллов отсутствуют признаки, свидетельствующие о депрессии; 14 – 26 баллов по всей вероятности, развивается депрессия; 27 – 30 баллов – явная депрессия.

Параллельно проводилась оценка уровня одиночества с помощью опросника «Шкала одиночества», который был предложен тремя авторами: Д.Расселом, Л.Пепло, М. Фергюсоном [250] с целью исследования уровня субъективного ощущения одиночества. Модифицированная шкала одиночества UCLA относится к глобальному одномерному подходу в изучении переживания одиночества. Исходя из положения о том, что переживание одиночества есть состояние, испытываемое человеком в результате осознания им недостатка отношений различных уровней, оценка эмоционального фона возможна лишь в спектре отрицательных эмоций. А высказывание человека «я одинок» может быть воспринято как информация о неблагополучии. Шкала Рассела – Фергюсона позволяет диагностировать уровень субъективного переживания одиночества. С помощью этой методики выявляются индивиды с различной степенью субъективного одиночества: низкой, средней, высокой. Шкала одиночества UCLA составлена так, что позволяет диагностировать депривацию потребностей личности с трех сторон: эмоциональной, когнитивной, психосоциальной. Анализ аффективной стороны личности позволяет увидеть эмоциональные составляющие, характерные для переживания индивидом состояния одиночества. Изучение когнитивной стороны дает информацию о наличии или отсутствии переживания одиночества, которое возникает при определении на когнитивном уровне недостатка значимых контактов. Исследование психосоциальной стороны выявляет дисбаланс тех психосоциальных связей, которые являются причиной возникновения переживания одиночества и / или сопутствуют ему [172]. После проведения исследования подсчитывается количество баллов. Высокую степень одиночества показывают от 41 до 60 баллов, от 21 до 40 баллов – средний уровень одиночества, от 0 до 20 баллов – низкий уровень одиночества.

Следующим этапом стало применение полного варианта теста MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory). В нашем исследовании мы применили адаптированный вариант, СМИЛ (Стандартизированный многофакторный метод исследования личности), разработанный Л.Н. Собчик [137]. Выбор настоящего теста был обусловлен задачами исследования. Удобство

ММРІ заключалось в подтверждении клинических вариантов депрессивных расстройств с тестовым материалом. ММРІ тест является реализацией типологического подхода к изучению личности и занимает ведущее место среди других личностных опросников в психодиагностических исследованиях. Опросник состоит из 566 утверждений, образующих 10 основных диагностических шкал и 4 оценочных.

Основные клинические шкалы ММРІ:

1. *Шкала ипохондрии* (HS) – определяет «близость» обследуемого к астено – невротическому типу личности;
2. *Шкала депрессии* (D) – предназначена для определения степени субъективной депрессии, морального дискомфорта (гипотимический тип личности);
3. *Шкала истерии* (Hy) – разработана для выявления лиц, склонных к невротическим реакциям конверсионного типа (использование симптомов физического заболевания в качестве средства разрешения сложных ситуаций);
4. *Шкала психопатии* (Pd) – направлена на диагностику социопатического типа личности;
5. *Шкала маскулинности – феминности* (Mf) – предназначена для измерения степени идентификации обследуемого с ролью мужчины или женщины, предписываемой обществом;
6. *Шкала паранойи* (Pa) – позволяет судить о наличии «сверхценных» идей, подозрительности (паранойяльный тип личности);
7. *Шкала психастении* (Pt) – устанавливается сходство обследуемого с больными, страдающими фобиями, навязчивыми действиями и мыслями (тревожно – мнительный тип личности);
8. *Шкала шизофрении* (Sc) – направлена на диагностику шизоидного (аутического) типа личности;
9. *Шкала гипомании* (Ma) – определяется степень «близости» обследуемого гипертимному типу личности;

10. *Шкала социальной интроверсии (Si)* – диагностика степени соответствия интровертированному типу личности. Клинической шкалой не является, добавлена в опросник в ходе его дальнейшей разработки.

Несмотря на то, что эти шкалы имеют количественное выражение, в зависимости от признака каждый участок той или иной шкалы нужно интерпретировать в собственных терминах. Поэтому условно шкала разбивается на 5 участков: высокие значения (выше 70 Т –баллов); повышение шкалы (56 – 70 Т –баллов); средние значения шкалы (45 – 55 Т –баллов); понижение шкалы (44 – 30 Т –баллов); низкие значения шкалы (ниже 30 – Т –баллов). Возрастание шкал в пределах средних значений и некоторое их повышение чаще всего положительно связано с адаптивными свойствами личности, в то время как высокие или низкие значения шкал обычно отражают патологические феномены и свидетельствуют о снижении адаптивности.

Оценочные шкалы:

1. Шкала «?» – шкалой может быть названа условно, так как не имеет относящихся к ней утверждений. Регистрирует количество утверждений, которые обследуемый не смог отнести ни к «верным», ни к «неверным»;
2. Шкала «лжи» (L) – предназначена для оценки искренности обследуемого.
3. Шкала достоверности (F) – создана для выявления недостоверных результатов (связанных с небрежностью обследуемого), а также аггравации и симуляции.
4. Шкала коррекции (K) – введена для того, чтобы сгладить искажения, вносимые чрезмерной недоступностью и осторожностью обследуемого.

На каждое из утверждений обследуемые должны дать ответ: «верно», «неверно». Ответ, совпадающий с «ключом», оценивается в один балл. Препятствием для проведения теста являлись: языковой барьер, низкий интеллект, непонимание содержания вопросов, отказ от обследования, тяжелые психические и соматические состояния.

Для оценки социально – гигиенических, клинико – психопатологических и мотивационно – психологических факторов, пациентам предлагалось ответить на

соответствующие вопросы. Вопросы включали в себя следующие данные: условия воспитания, характерологические черты матери, отца, социально – трудовая адаптация пациенток, преморбидные особенности и наркологические сведения.

Для выявления наличия проявлений стигматизации был определен перечень вопросов. При заполнении данного бланка совместно с исследователем, была изучена устная оценка стигматизационных высказываний пациенток, в результате которой были вычленены 5 видов: аутостигматизационный, общественно – бытовой, полоролевой, социально – трудовой, депривационный (Приложение №1).

Для расширения данных по особенностям стигматизации в дополнение был использован расширенный модифицированный тест Дембо-Рубинштейна [130] определения самооценки. Данный тест состоял из 16 характеристик, где необходимо было по пятибалльной шкале выбрать из двух противоположных качеств наиболее подходящее для себя (Приложение №2).

Ведение данных пациентов сопровождалось проведением индивидуальной психокоррекции в соответствии с выделенными мишенями.

Методы статистической обработки

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 [30,123,150].

ГЛАВА 3

Результаты собственных исследований

3.1 Клинические варианты депрессивных расстройств у женщин, злоупотребляющих алкоголем (группа одиноких и замужних).

Применение клинико – психопатологического и экспериментально – психологического методов исследования заключалось в изучении наличия основных и дополнительных симптомов депрессивных расстройств согласно критериям МКБ – 10, а также взаимосвязи клинических вариантов депрессивных расстройств с профилями личности MMPI.

Основными симптомами депрессивного эпизода являлись:

- снижение настроения, очевидное по сравнению с присущей пациенту нормой, преобладающее почти ежедневно и большую часть дня и продолжающееся не менее 2 недель вне зависимости от ситуации;
- отчётливое снижение интересов и удовольствия от деятельности;
- снижение активности и повышенная утомляемость.

Дополнительными симптомами депрессивного эпизода являлись:

- снижение способности к сосредоточению и вниманию;
- занижение самооценки и уверенности в себе;
- идеи виновности и самоуничижения;
- мрачное и пессимистическое видение будущего;
- идеи или действия, касающиеся самоповреждения или самоубийства;
- нарушения сна;
- снижение аппетита;
- состояние сниженного настроения мало подвержено изменениям в течение депрессивного эпизода, однако настроение может претерпевать суточные колебания [102].

В ходе исследования двух групп были выявлены следующие данные: снижение настроения в основной группе (ОГ) наблюдалось в 87,2% случаев (у 89 больных), в группе сравнения (ГС) – в 83,3% (40 больных); утрата интересов, способности получать удовольствие в ОГ в 74,5% случаев (76 пациенток), в ГС 77% (37 больных); снижение активности в ОГ в 36,2% (37 больных), в ГС 37,5% (18 больных). Наличие дополнительных симптомов депрессии распределились следующим образом: снижение способности к концентрации в ОГ выявлено в 22,5% случаев (23 больных), в ГС – в 22,9% (11 больных); заниженная самооценка в ОГ 82,3% случаев (84 больных), в ГС – в 81,2% (39 больных); идеи виновности в ОГ 17,6% случаев (18 больных), в ГС – в 33,3% (16 больных); мрачное видение будущего в ОГ 24,5% случаев (25 больных), в ГС – в 39,5% (19 больных); суицидальные мысли, действия в ОГ 4,9% случаев (5 больных), в ГС – в 12,5% (6 больных); нарушения сна в ОГ 81,3% случаев (83 больных), в ГС – в 85,4% (41 больных); снижение аппетита в ОГ 10,7% случаев (11 больных), в ГС – в 27% (13 больных).

Такие проявления как идеаторная и моторная заторможенность, суточные и сезонные колебания настроения, суицидальные мысли, действия у пациентов либо отсутствовали, либо были слабо развиты.

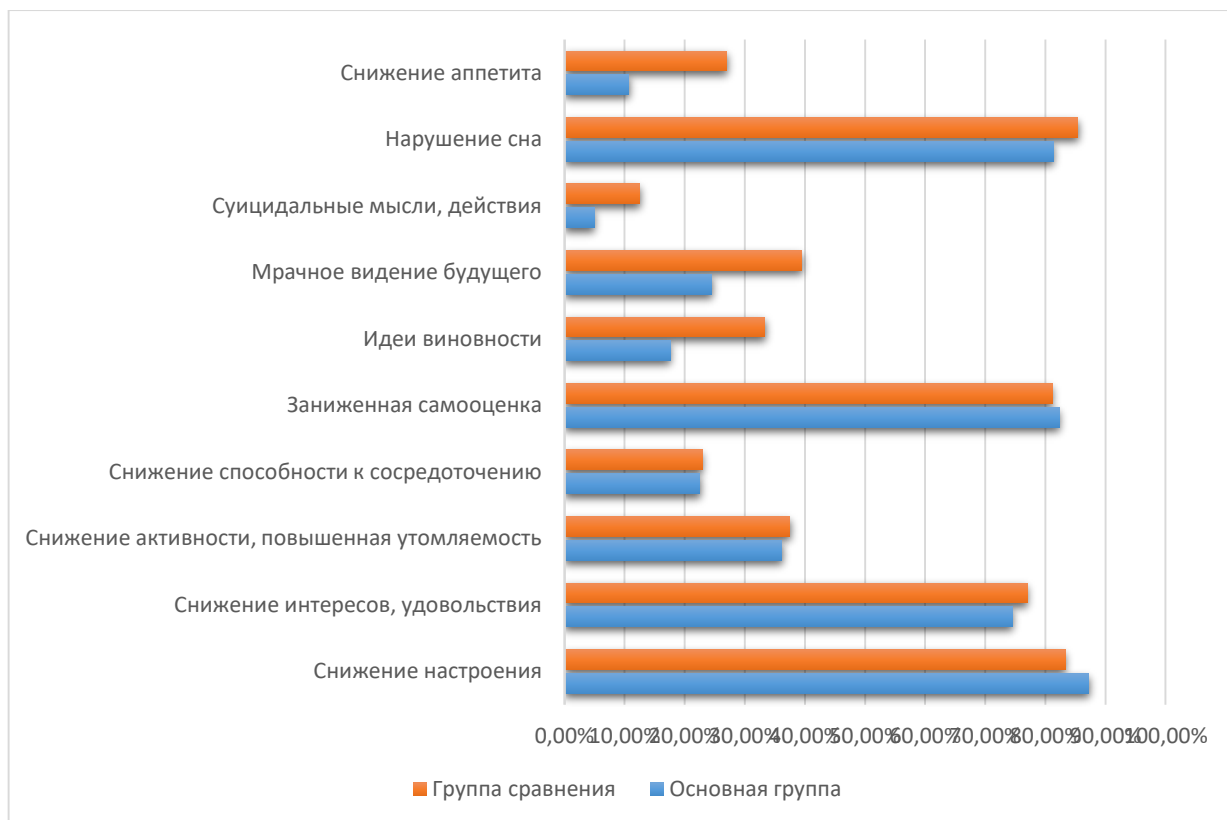


Диаграмма 17. Основные и дополнительные симптомы депрессивных расстройств

При исследовании было выявлено, что различия между основной группой и группой сравнения были недостоверны (см. табл.1).

Таблица 1

Основные и дополнительные симптомы депрессивных расстройств

Симптомы депрессии	Основная группа, %	Группа сравнения, %
Снижение настроения	87,2	83,3
Снижение интересов, удовольствия	74,5	77
Снижение активности, повышенная утомляемость	36,2	37,5
Снижение способности к концентрации	22,5	22,9
Заниженная самооценка	82,3	81,2

Идеи виновности	17,6	33,3
Мрачное видение будущего	24,5	39,5
Суицидальные мысли, действия	4,9	12,5
Нарушение сна	81,3	85,4
Снижение аппетита	10,7	27

Примечание. $p > 0,05$ для всех сравниваемых групп

В дальнейшем, было проведено психологическое тестирование с помощью ММРІ (123 пациентки). Полученные результаты тестирования в целом совпадали с клинической оценкой аффективных нарушений. Нами были описаны следующие варианты депрессивных расстройств: тревожно –депрессивный, апато –депрессивный, астено –депрессивный, истеро –депрессивный и депрессивно – ипохондрический. Распределение по группам было следующим:

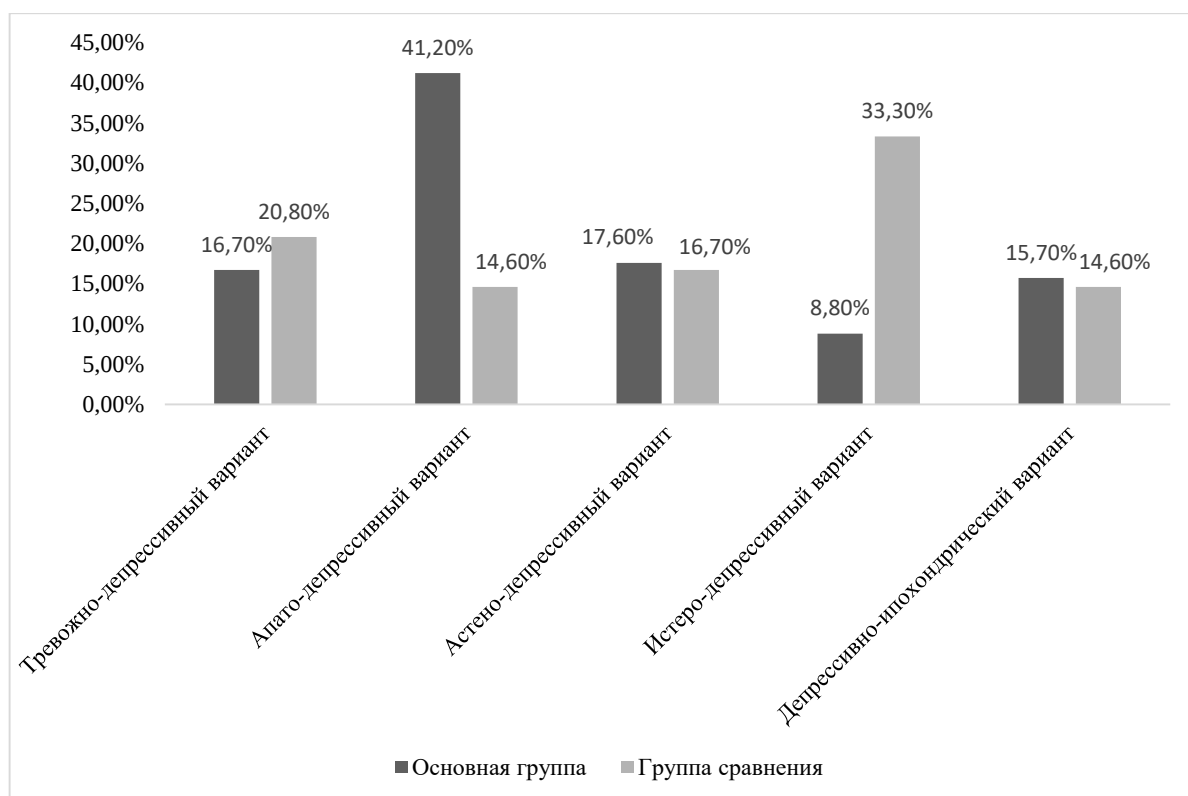


Диаграмма 18. Распределение вариантов депрессивных расстройств

При проведении статистического анализа было выявлено, что различия в синдромальной структуре депрессий между основной и контрольной группами были достоверными при апато – и истеро –депрессивном вариантах ($p < 0,01$). Различия между группами при тревожно –и астено – депрессивном, а также при депрессивно –ипохондрическом варианте не достигали степени статистической достоверности ($p > 0,05$) (см.табл.2).

Таблица 2

Варианты депрессивных расстройств

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	$>0,05$

В ходе исследования был получен усредненный психологический профиль по ММРІ основной группы и группы сравнения (см. табл. 3).

Таблица 3

Усредненный психологический профиль

Шкала	Тревожно – депрессивный вариант	Апато – депрессивный вариант	Астено – депрессивный вариант	Истеро – депрессивный вариант	Депрессивно – ипохондрический вариант
L	48,02±1,14	46,47±1,47	43,75±1, 73	49 ,31±1, 37	43,84±1,95
F	57,96±2,01	54,53±2,04	44,76±1,38	48,51±1, 97	50 ,71±1,89
K	54,62±1,64	56,78±1,37	61,37±2, 17	50 ,71±1, 04	51 ,83±2, 27
Hs	49,34 ± 2,36	51,53±1,83	73 ,94±2,27	51 ,71±2, 27	74 ,71±2,79
De	74,21±2,03	76,29±2,09	68 ,36±1, 64	72 ,71±3,27	72 ,53±3,47
Hy	53,83±1,46	49,18±1,46	57,38±1, 63	70 ,71±2, 36	42,41±3, 27

Pd	51,74±1,33	62,35±1,73	59,41±1,47	58,91±3,27	50,83±2,53
Mf	52,46±1,35	49,72±1,48	49,36±1,94	58,56±1,78	49,46±2,78
Pa	59,65±2,03	58,84±2,63	57,23±2,51	51,38±2,17	44,71±1,27
Pt	71,83±3,06	63,13±2,52	70,29±3,14	49,41±2,37	58,71±3,22
Sch	52,74±2,83	51,33±1,39	47,67±3,19	44,71±1,27	49,83±1,59
Ma	49,37±1,46	46,57±2,62	52,38±1,35	53,56±1,47	53,74±1,82
Si	57,94±2,78	54,56±1,38	49,26±1,39	46,46±1,28	59,56±2,78

3.1.1. Тревожно – депрессивный вариант

Этот вариант наблюдался у 17 пациенток из первой группы и у 7 пациенток из второй и 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 (типичная словесная формула: «как –то не по себе», «душа не на месте» и т.д.). Некоторые из пациентов отмечали наличие у них более очерченных, сильных, приступообразных состояний тревоги на фоне обычной диффузной тревожности. Тревожный аффект выражался в состоянии легкой ажитации — больные не могли усидеть, не находили себе место (симптом «тревожных ног»), бессмысленно переставляли вещи, речь по темпу была быстрой, с обилием слов (симптом «тревожных губ»). Такая нецеленаправленная активность свидетельствовала об углублении тревоги. Также была характерна суетливость, нарушение концентрации внимания, напряженность, раздражительность, нетерпеливость. При диффузной тревоге депрессивные нарушения были равно выраженными, но при пароксизмальных тревожных состояниях депрессия уходила на задний план, уступая место вегетативным проявлениям — учащенному сердцебиению, колебаниям артериального давления, сухости во рту, потливости, головным болям, чувству удушья; идеаторным образованиям — тревожным

мыслям типа «что – то должно произойти». При расспросе больные сообщали о внутреннем беспокойстве, нервозности, нарушении сна. Нарушения сна были в виде ночных кошмаров, увеличения времени засыпания, частых ночных пробуждений, низкой субъективной оценкой качества сна.

Тревога при данном типе депрессивных расстройств имела различную основу, но чаще всего обострялась по социальным причинам – необходимости искать новое место работы, приспособливаться к коллективу, возобновлять испорченные в период активной алкоголизации отношения. Любые события сопровождалась усилением тревоги и интерпретировались как предвестники беды. Тревожное расстройство в анамнезе, недостаточная социальная поддержка, алкогольная зависимость, неблагоприятная наследственность, одиночество, низкий социальный статус – являлись дополнительными факторами риска развития данного типа депрессивных расстройств. «Содержание» тревоги все время менялось: то это беспокойство о своих близких, то – опасения по поводу своего состояния, своих действий или поступков окружающих лиц. Для данного варианта депрессий была характерна неуверенность в правильности своих действий в прошлом, обдумывание своих «ошибок», многократном прокручивании в голове своих срывов. Характерны были тревожные опасения за будущее, с пессимистическим его видением, склонностью к чрезмерным опасениям. Если в жизни имелась по – настоящему трудная ситуация, то в воображении пациента она разрасталась до гигантских размеров, заслоняя собой окружающую действительность.

Усиление социальной тревоги в послезапойные периоды порождало появление феноменов ограничения социальной активности с одной стороны (проявлялось в снижении инициативы, избегании контактов, в формализации работы), либо чрезмерной социальной активизации, с другой (проявлялась в утрированной активизации – взятие на себя непосильных задач, работа сверхурочных, работа без выходных с интенсивным трудовым графиком). Постановка непосильных задач приводила к их невыполнению, что порождало чувство вины, больные высказывали идеи самоуничтожения. Дестабилизирующее

чувство страха, напряжения без какой – либо видимой причины приводило к нарастанию тревоги, которая нередко служила триггерным механизмом начала алкоголизации. У таких больных часто наблюдалась заниженная самооценка, неуверенность в себе.

В некоторых случаях наблюдались анксиозно – дистимические расстройства – сочетание тревоги с гневливостью, вспыльчивостью, беспричинной раздражительностью, возбудимостью, придирчивостью. Усиление тревоги до степени ажитации свидетельствовало об обострении тяги к алкоголю, актуализации патологического влечения.

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

Это свидетельствовало о том, что пониженная самооценка, пессимистическая оценка перспективы, интрапунитивность, характерные для лиц с изолированным пиком профиля на второй шкале, более выражены и стабильны и сочетаются с постоянной внутренней напряженностью, тревогой и страхами. Характер профиля шкалы «D» позволяет дифференцировать преобладание тревоги или депрессии. Депрессивный профиль с ажитацией и общим беспокойством. Нередко такая разновидность психопатии сопровождается влечением к алкоголю и антисоциальными тенденциями. Лицам с описываемым типом профиля свойственны такие психастенические черты, как сочетание высокой тревожности и ригидности. Мрачная окраска ситуации, перспективы и ощущение собственной недостаточности нередко сочетаются со снижением продуктивности и инициативы, ощущением подавленности, напряженностью, нервозностью, повышенной утомляемостью, тревогой, навязчивыми страхами и бессонницей. На стадии предрасположенности такая психическая структура снижает продуктивность, инициативность, уверенность в себе, возникают трудности во взаимоотношениях и домашние конфликты. Лица этого круга отличаются неуверенностью в себе, нерешительностью, реагируют чувством вины и самобичеванием на малейшие неудачи и ошибки. При умеренной

выраженности этой картины неудовлетворенность существующей ситуацией и собственными возможностями обуславливает стремление к изменению своего положения, что может играть положительную роль. Однако очень высокая тревожность и ажитация делают невозможным целенаправленные усилия и длительное сосредоточение внимания, что может затруднять не только собственные действия субъекта, но и терапевтические мероприятия.

Клиническая иллюстрация №1.

Пациентка А., 28 лет, домохозяйка.

Родилась в семье служащих. Отец рано ушел из семьи. Девочка воспитывалась матерью и вскоре появившимся отчимом, который по характеру был жестким, придирчивым, злоупотреблял алкоголем. От второго брака родилась дочь. Пациентка отмечает, что уже в шестилетнем возрасте выполняла функции «няни», рано стала самостоятельной. Мать больной – стеничная, сухая в проявлении чувств. Мать работала продавцом, нередко выпивала совместно с отчимом. Девочка росла без присмотра, но была «домашним ребенком». Переехав в город, стала курить, меняла сексуальных партнеров, выпивала. Учеба давалась легко. В 19 лет вышла замуж. Познакомилась с будущим мужем в алкогольной ситуации, первые годы замужества также знаменовались частыми вечеринками. После рождения дочери стала меньше пить, но муж начал пить еще хуже. В семье происходили скандалы, доходящие до драк; в возрасте 25 лет развелась с мужем. Жила с дочерью, но воспитанием занималась урывками, передав ее матери. В первый год – полтора после распада брака ощущала «лихорадочное» состояние, которое описывает как одновременно тревожное и возбужденно – приподнятое. Много общалась с друзьями, поступила на заочное отделение ВУЗа, сменила два – три места работы, имела много поклонников. Практически все любовные связи заканчивались разочарованием. Через три года проживания в одиночестве укрепилось стремление не создавать семью, а «продвигаться в карьере». Стала замечать, что в предвечернее время снижалось настроение, стала более беспокойной, тревожной, не могла усидеть дома. Старалась попозже приходить

домой, так как «удручал вид пустого дома», поэтому загружала себя работой. Отмечала, что, не смотря на успехи в карьере, наличие поклонников ощущение несчастья не проходило. Вскоре возглавила маркетинговую службу фирмы, регулировала время – проведения коллег, которое всегда было алкогольным. Через два года регулярного употребления алкоголя стала ощущать, что с трудом выходит на работу. Практически всегда в эти периоды возникали чувства стыда, раскаяния, не желания показываться на людях. Рьяно бралась за работу, как бы оправдывая свое пьянство, в течение недели настроение было угрюмо – пониженное.

Психическое состояние. Приглашена на беседу. В кабинет вошла быстрым шагом, села на стул, потом тут же, встав, пересела на кушетку. Двигательно беспокойна, суетлива. Внимание привлекается, удерживается недостаточно. В беседе держится дистанцированно, настороженно, постоянно перебирает что –нибудь в руках (ручку, подол халата). На протяжении беседы ни разу не улыбнулась, выражение лица угрюмое. События излагала скудно, но точно, особо доверительности не проявила, фиксировала свое внимание на настоящем состоянии. Посещала врача в течении недели, выглядела всегда подавлено – угрюмо, никогда не улыбалась. Когда врач отметил это обстоятельство, была удивлена: «это мое рабочее настроение, я смеюсь, когда выпью». Отмечает, что по характеру всегда сдержана, не привыкла проявлять своих чувств, но в течении дня неоднократно подступают слезы, гасит их усилием воли. На вопрос, почему она регулярно напивается в выходные дни с коллегами, отвечала: «я не знаю как – то само так получилось».

В отделении тяготится пребыванием в стационаре, в течение дня несколько раз заходит к врачу с просьбой изменить лечение, «назначьте мне еще что –нибудь ничего не помогает. я не знаю куда себя деть, а может лучше отпустить меня?». При игнорировании просьб раздражается, не уходит пока не удостоверится в назначении ей дополнительного лечения. Просит созвониться с родственниками, попросить их навестить ее. При расспросе жалоб отмечает нарушения сна (трудности при засыпании), сниженный аппетит, тревогу.

3.1.2. Апато – депрессивный вариант

Этот вариант наблюдался у 42 пациенток в первой группе, во второй группе – у 6 пациенток. Апатия – симптом, выражающийся в безразличии, безучастности, в отрешённом отношении к происходящему вокруг, в отсутствии стремления к какой – либо деятельности. При этом варианте сложно было оценить являлись ли апатический и депрессивный синдром коморбидными, либо депрессивный синдром по своей характеристике имел апатические черты. Вместе с тем, обнаруженные общие закономерности возникновения аффективных расстройств у обследованного контингента больных позволяют отнести их к депрессивным расстройствам, ведущей характеристикой которых было наличие апатического радикала. Апатические эмоциональные нарушения имели ряд особенностей. Во-первых, они не были выраженными и глубокими, дезадаптирующими в производственной, профессиональной сферах, касались лишь микросоциума, снижая качество жизни. Речь скорее шла о снижении уровня побуждения и мотивации. Пациентки продолжали вести привычный образ жизни, автоматически выполнять необходимые действия, терпимо справляться со своими ежедневными обязанностями, работать. Во-вторых, в отличие от апатических нарушений, характерных для эндогенных и органических процессах, здесь апатия выступала как часть депрессии – чувство безрадостности существования сочеталась с нежеланием что –либо делать и предпринимать. Общее поведение могло не изменяться. Все действия и поступки совершались по привычке и лишь потому, что так должно быть, в них отсутствовал прежний смысл, работа выполнялась в силу необходимости. В – третьих, апато – депрессивные нарушения у женщин почти всегда увязывались с ситуацией одиночества.

Для данного варианта депрессивных расстройств был характерен аномический компонент, заключающийся в декларации потери смысла жизни. Иногда это напоминало пониженную самооценку (высказывания: "кому я такая нужна", "какой смысл наряжаться" и т.д.), однако, в пессимистической оценке сквозила тема одиночества и пустоты. Как известно, аномический компонент является частым, но не облигатным составляющим депрессии в отличие от других

проявлений. Аномия служила показателем не столько эмоциональных проблем, сколько когнитивно – смысловых – понятийных нарушений. Тема потери смысла жизни у наблюдаемых пациенток входила в контекст темы алкоголизации и одиночества.

Выявленные аффективные нарушения при данном типе депрессивных расстройств были наиболее выраженными и не представляли особой трудности при их диагностике. Внешне таким пациенткам свойственно обеднение мимики, речь монотонная и эмоционально бедная, медлительность двигательных функций, отрешённый вид. Первыми обращают внимания на симптомы депрессии родственники и близкие люди, т.к. самих больных особо ничего не беспокоит, они редко самостоятельно предъявляют жалобы.

Пациентки слабо реагировали как на позитивные, так и на отрицательные события в их жизни. Снижение интереса к деятельности и побуждений затрудняли идентификацию потребностей, расстановку жизненных приоритетов. Отмечалось отсутствие субъективной необходимости в деятельности, пассивность. При возникновении проблем наблюдались сложности в принятии решений.

На приеме у врача пациентки проговаривали о нежелании заниматься домашним хозяйством, готовить, убираться, пропадал интерес к своей внешности. Сами женщины связывали это с отсутствием партнера, и с возникающим в связи с этим чувством одиночества, покинутости, эмоциональной опустошенности, потерей смысла жизни. Обсуждая проблемы личностной, социальной нереализованности, упущенных возможностей пациентки всегда завершали констатацией своего одиночества.

По нашим наблюдениям эта категория больных была наиболее «стигматизирована» в отношении алкоголизма и одиночества, их в большей степени волновал социально – семейный статус. Больных волновал не только факт потери близости, интимности семейных отношений, но и констатации окружающими их одинокого образа жизни.

Коммуникативная депривация служила основным и ведущим мотивом начального употребления алкоголя, в одних случаях, являясь его причиной, в других — триггерным механизмом рецидивирования. Злоупотребление алкоголем, данной категории больных, носило монотонный характер, нередко было одиночным, не сопровождалось чувством радости, подъемом настроения и облегчения.

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.

Низкие показатели по 9 –й шкале, характеризующаяся пониженным уровнем оптимизма, жизнелюбия и активности с пиком по 2 –й шкале, указывающим на внутреннюю напряженность, неуверенность, тревогу, пониженную самооценку, пессимистическую оценку перспективы, отражают особенно глубокую депрессивную окраску настроения. Если при этом наблюдается пик по 4 –й шкале, то здесь особенно выражен суицидальный рисунок. Иногда временное снижение профиля по 9 –й шкале обуславливается астенизацией в связи с искусственной изоляцией. Устойчивые низкие значения шкалы наблюдаются у личностей с астенической конституцией.

Депрессия и гипомания, сочетаясь, вызывают маскировку второй по отношению к первой наблюдается беспокойство, напряженность, общая слабость. Характерно, что при смене тревоги депрессией наблюдается одновременное снижение профиля по 9 шкале, причем повышение профиля на второй шкале и глубина снижения на девятой тем больше, чем больше выражены утрата интересов, ощущение безразличия, затруднения межличностных связей, подавленность влечений. При таком типе профиля не выражены компенсаторные или защитные механизмы, т.е. профиль является иллюстрацией наиболее яркого воплощения астенического типа реагирования с депрессивными переживаниями, занимающими центральное место в структуре клинического синдрома.

Клиническая иллюстрация №2.

Пациентка Н., 29 лет.

Родилась и выросла в семье рабочих. Отец злоупотреблял алкоголем. Мать больной работала на заводе, имела низкую квалификацию, в зрелом возрасте также начала пить с мужем («ее споил отец»). Пациентка в детстве была активной. В школе училась плохо, окончив восемь классов, ушла работать на завод. В 18 лет вышла замуж. Муж по характеру отличался вспыльчивостью, крайней возбудимостью, систематически употреблял алкоголь. Супруги еженедельно посещали родственников, участвовали в увеселениях. Вскоре муж был осужден с отбыванием срока наказания на Севере (за убийство). Ждала его из заключения, ездила на свидания. По утверждению больной не пила около десяти лет – весь период отсутствия мужа, занималась воспитанием дочери. После заключения муж вернулся «очень изменившимся», стал «неуправляемым». Больная не реже 1–2 раза в неделю употребляла алкоголь совместно с мужем. Несмотря на пьянство мужа супруги жили дружно, чему способствовало общее алкогольное время – провождение. Через пять лет после заключения мужа больной нашли мертвым с ножевыми ранами. Очень переживала его смерть. Часто плакала, вспоминая общую юность, перебирала фотографии. Утром и днем много работала, т.к. испытывала материальные трудности, но по вечерам, оставаясь одна, (дочь жила с бабушкой) пила в одиночку. Отметила годовщину смерти с родственниками, пила больше обычного (несколько дней). Чтобы отвлечься и отогнать депрессивные мысли стала ходить в гости к брату мужа и его жене, которые «пили по –черному». Отмечает, что если при жизни мужа могла пить и контролировать себя, то после его смерти потеряла контроль над выпитым, пила «до отключки», появились похмельные явления. Через несколько лет возник впервые тяжелый и длительный (двухнедельный) запой, после которого вызвала скорую помощь. Воздерживалась от пьянства полгода, занялась воспитанием дочери, однако, отправив ее на летние каникулы к бабушке, вновь почувствовала себя одиноко, пошла в гости к младшему брату мужа и устроила «вечер воспоминаний». Пила с супругами почти неделю, не ходила на работу,

была впоследствии уволена. Обратилась за консультацией в сопровождении родственников.

Психическое состояние. Приглашена на беседу. Внешне спокойна, несколько скована, сидит на краешке стула, опустив голову. О пьянстве говорит неохотно, испытывает неловкость при описании деталей, старается сменить тему. Вместе с тем, говоря о прошлой жизни оживляется, обещает принести свадебные фотографии. Отмечает, что на протяжении нескольких лет после смерти супруга не может оставаться подолгу одна – "тяготит пустой дом, тишина". Неоднократно во время беседы наворачивались слезы. С трудом выполняет домашнюю работу, часто приглашает мать приготовить еду, в доме убирается дочь больной. Перебивается случайными заработками. Неохотно, с трудом подбирая слова, рассказывает «о внутренней пустоте», потере смысла жизни, «ничего не хочется делать...». Апатия порой бывает столь сильной, может просидеть весь вечер у телевизора и смотреть все передачи.

Пребыванием в стационаре не тяготится, большую часть времени лежит на своей койке, отвернувшись лицом к стене. Эмоциональный фон снижен. Мимика лица маловыразительна. Речь замедлена, говорит тихим, монотонным голосом. Внимание привлекается, удерживается ненадолго, смотрит вниз. Интересы ограничены бытовыми и физиологическими потребностями. Безынициативна. В общении не заинтересована, не стремится произвести благоприятное впечатление, не интересуется лечением, датой выписки, безразлична к окружающему вокруг. В беседе с врачом также не заинтересована, ответы краткие, односложные по типу «да», «нет», некоторые вопросы оставляет без ответа.

3.1.3. Астено – депрессивный вариант

В первой группе наблюдался у 18 пациенток, во второй группе был обнаружен у 9 пациенток. Астения – состояние повышенной утомляемости с частой сменой настроения, раздражительной слабостью, истощаемостью, гиперестезией, слезливостью, вегетативными нарушениями и расстройствами сна. 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, идеи вины и собственной малоценности. Повышенная утомляемость при астении всегда сочеталась со снижением продуктивности в работе, особенно при интеллектуальной нагрузке. Больные жаловались на плохую сообразительность, забывчивость, неустойчивое внимание. Уменьшается число представлений, ассоциаций. Затрудняется их словесное выражение: не удается подобрать нужные слова. Сами представления теряют свою четкость. Сформулированная мысль кажется больному неточной, плохо отражающей смысл того, что он ею хотел выразить.

Пациентки отмечали безразличие к окружающему, снижение активности, ощущение утраты энергии, повышение ранимости, обидчивости, избыточную чувствительность, лабильность настроения (гипостения – гиперстения), высказывали мысли о нежелании жить.

Любая деятельность выполнялась через силу и не приносила удовлетворения. При неглубоких депрессиях, функционирование продолжалось, однако требовало больших усилий. При более тяжелой депрессии трудными казались даже повседневные действия (почистить зубы, сходить в душ) и занимала гораздо большее время. Пациентки часто отмечали непереносимость внешних раздражителей (громкий звук, яркий свет и другие подобные раздражители). При астено – депрессивном варианте симптомы заболевания были стойкими, не связанными с нагрузкой. Сон и отдых не приносили облегчения и хорошего самочувствия. Чувство разбитости, истощение могло возникать даже утром, сразу же после пробуждения, еще до начала трудовой деятельности. У некоторых пациентов улучшение состояния наблюдалось ближе к вечеру.

Наряду с интоксикационным компонентом, вносимым алкоголем и продуктами его метаболизма, здесь имели место и резидуальные органические поражения различного генеза, и особенности преморбидного фона.

В структуре депрессии при данном варианте не отмечалось тревоги как при тревожно – депрессивном варианте, демонстрации горя как при истеро – депрессивном варианте, аспонтанности как при апато – депрессивном варианте, преобладали слезливость и лабильность эмоций гипотимного характера, что и производило впечатление «истинности» депрессии при данном варианте.

Вместе с тем, пониженное настроение временами сочеталось со сварливостью, вспыльчивостью, раздражительностью, нетерпимостью к замечаниям, гневливостью. Эта гиперстеническая форма астено – депрессивных расстройств часто сочеталась с осознанной тягой к алкоголю, но иногда и не осознавалась, отрицалась и вытеснялась как нежелательное напоминание об алкогольной природе данных расстройств. Если гипостенические проявления наблюдались в период ремиссии с полным воздержанием от алкоголя, либо ремиссий с частичной алкоголизацией, то гиперстенические проявления аффективных нарушений знаменовали усиление патологического влияния.

Астено – депрессивный вариант с незначительной разницей в частоте встречался как в группе одиноких, так и в группе замужних женщин. Чувство одиночества, пустоты в первой группе, а также неоправданные надежды в отношении мужа, близких в контрольной группе служили дополнительной психологической нагрузкой.

Несмотря на легкость обнаружения данного вида депрессии она не была глубокой и не сопровождалась суицидальными действиями.

При экспериментально – психологическом исследовании для данного варианта депрессивных расстройств характерно было увеличение оценочной шкалы «HS» (ипохондрии) – $73,94 \pm 2,27$ балла и «Pt» (психастении) $70,29 \pm 3,14$ балла. У личностей, профиль которых определяется пиком на седьмой шкале, в силу высокого уровня тревожности и стремления избежать вероятных опасностей, относительно легко возникает беспокойство о состоянии своего физического здоровья, которое отражается сочетанием подъемов на седьмой и первой шкалах. Основой для возникновения страха перед возможным заболеванием служат вегетативные корреляты тревожных реакций. Для данных лиц характерна

чрезмерная озабоченность собственным соматическим благополучием, при этом они тщательно фиксируют все проявления физических расстройств в организме.

В структуре невротической симптоматики высокий пик по 7 –й шкале выявляет свободноплавающую тревогу. В связи с тем, что 7 –я шкала выявляет тревожность и как константное свойство личности, и как ситуативно обусловленное состояние тревоги, сопутствующие повышения других базовых шкал профиля указывают на механизмы защиты, т.е. те тенденции, которые защищают личность от этого состояния и способствуют трансформации тревоги в иную, качественно более определенную эмоцию. Таким образом, сочетанное повышение профиля по 7 –й и 1 –й шкале выявляет усиление невротического самоконтроля и соматизацию тревоги, т.е. биологический способ защиты.

Клиническая иллюстрация №3.

Пациентка Н., 42 года.

Родилась в семье рабочих, старшей из троих сестер. Отец много лет проработал на одном заводе, злоупотреблял алкоголем. Мать по характеру была спокойной, мужа пьяницей не считала, т.к. "на заводе все пили". Семья жила бедно, поэтому больная рано пошла работать. По характеру была всегда «заводилой» – внешне привлекательная, имела много друзей и поклонников. Поступила в техникум торговли, стала зав. отделом в крупном магазине, вышла замуж и вскоре с мужем уехала в Москву. Прожив 5 лет, встретила и полюбила другого человека, бросила мужа. Второй муж был легкомысленным, изменял жене, "работал на шашке" получая крупные суммы единовременно. После этого супруги шумно и подолгу праздновали это событие, приглашали соседей, приятелей. Через несколько лет подобной жизни стала замечать, что с трудом переносит «утреннее похмелье», отпрашивалась с работы, либо вообще не являлась, за что была уволена. Муж добился продажи квартиры (из – за карточных долгов), а затем и вовсе исчез, оставив больную без денег и жилья. Была вынуждена вернуться в родной город и жить вместе с матерью.

Некоторое время не пила, устроилась работать контролером, старалась заработать деньги, однако ничто не радовало, угнетало одиночество. Несколько раз появлялись сожители, но «все пропивали». С трудом выполняла работу, вечерами в одиночестве часто плакала. Тяжелее всего переносила ночное время, подолгу лежала без сна, припоминала детали пройденного дня. После увольнения устроилась работать продавцом на рынке – появились подруги, собутыльники. После многодневных алкогольных загулов стыдилась выходить из дома, казалось, что все на нее смотрят, смеются, осуждают. После очередного запоя попросила сестру устроить ее на лечение в наркологический диспансер.

После лечения не пила полгода. Первые три месяца «вела себя примерно», много работала в саду. Через полгода потеряла интерес к домашним делам, с утра с трудом вставала, до полудня «ходила по квартире без настроения», стала угрюмой, раздражительной, «срывалась на родных». Вскоре вновь запила, причем обстоятельств срыва не помнит (" все произошло само собой).

Психическое состояние. Вошла в кабинет, села на предложенный стул. Подавлена, плаксива, охотно делится своими переживаниями, говорит: «сейчас часто плачу, не сплю, вспоминаю как все хорошо начиналось». Утверждает, что пыталась начать "новую жизнь", выйти замуж, но ничего не выходило. Вспоминая полугодовое воздержание, объясняет: «Понимала, что надо, а радости не было, одиноко, делать нечего, в трезвости все знакомые куда –то пропали». На вопросы отвечает в плане заданного, обходит темы, касающиеся алкоголизации. В отделении большую часть времени проводит в палате, с больными общается по необходимости. Эмоциональный фон неустойчивый, рассказывая о своей жизни, отмечает по большей части негативные события, плачет «я живу одна, с матерью...смотрю за ней... вы хоть знаете как мне тяжело одной...». С обидой вспоминает о муже, в разговоре постоянно возвращается к моменту, когда он ее бросил. Держит обиду на родных и близких, считает, что ей все должны помогать. Дома кушать не готовит, все привозит двоюродная сестра. На предложение помочь и пройти полный курс лечения тут же отвечает: «вы что, хотите, чтобы я без работы осталась? ... меня там потеряли уже... уволят, а потом мне с голоду

помирать?...и никто потом ведь не придет и не поможет...». Акцентируется на ситуации одиночества.

При заполнении тестов быстро устает, не выдерживает длительного напряжения – просит сделать перерыв. Считает себя неудачливой, несчастливой, пессимистично относится к своему будущему.

3.1.4. Истеро – депрессивный вариант

В первой группе наблюдался у 9 пациенток, во второй группе у 18 пациенток. Истерическая депрессия — еще один вариант течения атипичной депрессии. Большую роль в развитии данного варианта депрессивных расстройств играли преморбидные особенности, а также наличие психотравмирующих событий в жизни. В отличие от других видов депрессии клиника истеро – депрессивных аффективных нарушений имела ситуационную обусловленность и более яркую клиническую картину. На первый план выходило демонстративно преувеличенное переживание своего горя, в то время как типичные признаки депрессивных расстройств были выражены незначительно. Несмотря на отчетливую связь с негативно окрашенной ситуацией, больные часто отказывались признавать психотравмичность воздействия событий.

Больные желая произвести впечатление на окружающих рыдают, заламывают руки, обвиняют других лиц, высказывают претензии в связи с невниманием окружающих, предъявляют постоянные жалобы на различные жизненные неудачи, плохое здоровье, тяжелую жизнь, одиночество, заброшенность. Эмоциональный фон неустойчивый, смех легко сменяется слезами, агрессией. Пациентам свойственна установка, что все члены его семьи, окружающие его люди должны относиться к ним с повышенным вниманием, нередко агрессивная установка к окружающим. Часто суждения таких личностей незрелы, они требуют от посторонних помощи и решения их проблем, при первой же неудачной попытке выбирают такой неадаптивный способ решения как уйти в алкоголизацию.

В группе одиноких женщин психотравмирующие события (чаще разводы), несмотря на давность возникновения, нередко служили поводом алкоголизации. Пациентки в подробностях рассказывали определенные этапы жизни, акцентируя внимание на негативных, красочно описывая свое состояние «печаль камнем лежит на сердце», «тоска разламывает душу». Больные заявляли, что окружающие явно недооценивают их страдания, или даже не догадываются о трагизме переживаемой ими ситуации.

Изучая характер психотравм, повлекших у обследованных женщин истеро – депрессивные расстройства, сочетающихся с эксцессивной алкоголизацией, можно отметить, что доразводные супружеские отношения больных были деформированными. Уже тогда у женщин отмечались истероформные реакции – отказ в интимной близости супругу с целью «воспитания», демонстративное длительное молчание, показная изоляция, манипуляции. Для женщин была характерна своеобразная «невротическая глухота», заключающаяся в избирательном восприятии, «выгодной» для них информации и игнорировании неблагоприятных для «Я – образа» фактов. Ретроспективный анализ показал, что в период брачного существования женщин аффективные нарушения проявлялись в рамках либо неглубоких невротических, либо затем психопатических истероформных образований. Депрессивные расстройства в этот период не выявлялись. После психотравмирующего распада семьи в ситуации одиночества у пациенток отмечались истеро – депрессивные нарушения. В этот период истерические расстройства приобретали максимально дезадаптационный характер, что сочеталось с усилением алкоголизации пациенток. Истерический радикал проявлялся в разнообразных манипуляциях, демонстративном поведении, все более отчетливо начинали выступать депрессивные расстройства, которые, тем не менее, отличались от подобных аффективных нарушений истероформной окраской. Отличие заключалось во – первых, в том, что депрессивные нарушения максимально проявлялись при наличии подруг, знакомых, детей и т.д.; во – вторых, они были выразительными, с излишней детализацией негативных

событий в своей жизни, очень «убедительными», декларировались пациентками и несколько преувеличивались.

Для привлечения внимания окружающих к своему горю пациентки прибегали к демонстративному самоповреждающему поведению — поверхностным порезам кистей, к угрозам покончить жизнь самоубийством.

При данном типе депрессии обращало на себя внимание резкое несоответствие между массивностью депрессивных проявлений и сравнительно небольшой дезадаптацией больных.

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. Депрессия и истерия часто означают эмоциональную незрелость, а у женщин – неприспособленность к семейной жизни и низкую работоспособность. При более высоких уровнях наблюдаются общая напряженность, слабость, обилие соматических жалоб, беспокойство, нередко истерические припадки, бессонница, жалобы на общую усталость, стремление к повторным терапевтическим обследованиям. При данном варианте отмечается дисгармоничное сочетание депрессивных и демонстративных тенденций, при котором интрапсихический конфликт обусловлен противоречием между эгоцентризмом (с ориентировкой на собственные желания и потребности) и выраженной симбиотической тенденцией, характерной для субдепрессивной личности. При этом свойственное демонстративным личностям вытеснение никогда не бывает достаточно полным, поскольку высокий уровень тревоги обуславливает повышенное внимание к любым отрицательным сигналам, которые могут восприниматься как фрустрирующие, угрожающие. С другой стороны, построению ограничительного поведения, позволяющего сузить круг вызывающих тревогу стимулов и ситуаций, препятствует склонность к демонстративному поведению с поисками признания, стремлением расширять контакты. Поведение больных с описываемым вариантом профиля ориентировано на сочувствие, внимание и поддержку со стороны окружающих. Однако в данном случае эта цель достигается не столько за счет подчеркивания соматических

жалоб, сколько за счет аффектированной подачи непсихотических психопатологических нарушений (снижение настроения, памяти, появление утомляемости).

Клиническая иллюстрация №4.

Пациентка А., 37 лет.

Родилась и воспитывалась в семье интеллигенции. Мать рано развелась с отцом. Девочка росла сообразительной, подвижной, «всё схватывала на лету». Воспитывалась в атмосфере заласкивания, была «избалованной». Училась легко, с отличием окончила специализированную школу. Среди сверстников отличалась активностью, стремлением к лидерству, любила выделяться.

Поступила на архитектурный факультет, уже на первом курсе познакомилась со своим будущим избранником. Все годы обучения много и часто выпивали, ходили в рестораны. На последнем курсе вышла за него замуж, через год родила дочь. Супруг продолжал злоупотреблять алкоголем, часто уходил к друзьям; в семье возникали ссоры, скандалы. Со слов пациентки, после этого она решила действовать ему «назло». Отдав дочь на воспитание матери, часто уходила к подругам, не ночевала дома, изредка изменяя супругу. Всё это сопровождалось алкоголизацией. Через пять лет замужества начала отказывать супругу в интимной близости. Часто во время ссор указывала ему на якобы имеющуюся половую несостоятельность, призналась в изменах, угрожала разводом. Тем не менее, когда муж сам подал на развод, это было для неё полной неожиданностью, особенно после известия о наличии соперницы. В этот период "не находила себе место», ощущала себя брошенной, ненужной. При коротких встречах с мужем обвиняла его в неблагодарности, требовала исполнять отцовские обязанности, «закатывала истерики», манипулировала чувствами к дочери.

Живя в одиночестве, стала замечать, что стала тяжело переносить смеющиеся лица, вид счастливых супругов, не любила открывать пустую квартиру. Одновременно заводила многочисленные знакомства с мужчинами,

афишировала перед подругами и коллегами свои любовные связи. Вместе с тем ощущала неполноценность этих контактов, казалась себе непривлекательной. Почти все интимные встречи сопровождались алкоголизацией.

Психическое состояние. Приглашена на беседу. Одета опрятно, на лице тщательный макияж. В начале беседы с трудом подбирает слова, но впоследствии говорит много. Жалуется на затруднение при засыпании, "часами ворочаюсь сбоку на бок". Просыпается рано, поэтому ощущает хроническую усталость. В поведении несколько наиграна, активно жестикулирует. Эмоциональный фон неустойчивый: вспомнив гибель брата, начала плакать «у меня столько горя в жизни было... вы даже представить себе не можете...это не каждый выдержит, вот там и выпила немного...». Настроение часто подавленное, не видит смысла в своём существовании. Говорит, что после развода «потеряла опору», хотя отношения с мужем были плохими. Вечерами подолгу сидит у телевизора, частенько выпивает. Считает себя незаслуженно обиженной, склонна к драматизации событий. Очень много рассуждает о своих чувствах, отсутствии перспектив, однако ни разу не упомянула о дочери, матери. Об алкогольных проблемах говорит с неохотой, преуменьшает размеры алкоголизации, отрицает наличие недельного запоя, утверждая, что просто «расшатались нервы».

В отделении ведет себя демонстративно, собирает возле себя больных, настраивает их против лечения. Требуя немедленной выписки, шантажирует врача «если вы меня не отпустите, я примерю меры...». При встрече с родственниками начинает плакать, говорит, что ее не лечат, приводит всевозможные доводы отсутствия смысла нахождения ее в наркодиспансере. Помощь от родных принимает как должное, не реагирует на горе других. Демонстративна, артистична, заявляет: «я не могу здесь находиться, мне нужен свежий воздух...».

3.1.5. Депрессивно – ипохондрический вариант

В первой группе наблюдался у 16 пациенток, во второй группе у 8 пациенток. Ипохондрия определяется как патологически преувеличенное

опасение за состояние своего здоровья, сопровождающееся предположениями (или уверенностью) в наличии у себя какого – либо заболевания. В данном варианте депрессивным проявлениям сопутствовали ипохондрические в виде многочисленных, малофиксированных, преходящих жалоб на состояние здоровья без истинной вовлеченности. Исходно повышенное внимание к себе сочеталось с недостаточной способностью контролировать свои эмоции; обнаруживалась склонность к жалобам, больные были постоянно озабочены своим физическим состоянием, не верили в успех, были пессимистичны, особенно в отношении медицинской помощи. Такие пациенты постоянно строили мрачные догадки и предположения по поводу своих болезненных ощущений. Они активно искали помощи, обращались в различные медицинские учреждения, перечитывали массу медицинской информации, на приеме у врача часто пытались проверить его компетентность, при малейшем подозрении сразу меняли врача. На прием такие больные приходили с папкой анализов и обследований с разных медицинских центров. Собственное соматическое состояние превращалось в объект тщательного изучения.

Характерно, что при этом варианте не отмечалось двигательной, идеаторной заторможенности, пациентки, не уставая, ходили на консультации, обследование, результаты полученных анализов быстро сопоставлялись с прочитанным, с предыдущими анализами и трактовались особым образом.

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. Также, если пациентки жили одни, часто возникал навязчивый страх, что если внезапно возникнет какое – то состояние, требующее немедленной медицинской помощи, то ее не успеют оказать.

При легкой степени тяжести пациентки были адаптированы: ходили на работу, вели хозяйство, но в разговоре акцент ставился на тематику здоровья. При

более тяжелых стадиях увольнялись с работы, требовали от родных помощи, агрессивно реагировали на отказ.

Пациентки предъявляли жалобы на боли и неприятные ощущения в разных частях тела, в области того или иного органа, тяжесть, тошноту, головокружение и истолковывали это как признаки тяжелого заболевания. Свою алкоголизацию больные объясняли желанием уменьшить соматические симптомы. Убеждали врача, что не хотят пить, но без этого состояние ухудшается, и они вынуждены прибегать к употреблению алкоголя. Поводом для появления ипохондрических идей могло стать незначительное соматическое заболевание, вегетативные нарушения после алкогольной интоксикации, а также особый склад личности. Предъявляемые пациентками жалобы, не доходили до определенной нозологии и носили непостоянный характер. Даже если первоначально поглощенность своим физическим состоянием связывалась с реально существующей соматической патологией, дальнейшее развитие состояния характеризовалось длительным, тщательным самонаблюдением и формированием объясняющей концепции своего заболевания. В этих случаях соматическое неблагополучие, в результате аффективной насыщенности переживания, становилось источником длительной идеаторной переработки.

У больных, наряду с депрессивным состоянием, возникали мысли о том, что они тяжело больны, наступала убежденность, хотя и временная, в своем тяжелом состоянии. Никакие доводы, анализы не способны были убедить больных в том, что у них нет тяжелой соматической патологии, и что они нуждаются в лечении депрессии. Данное состояние существовало до тех пор, пока существовала депрессия. Более того, при лечении депрессии соматические жалобы исчезали вместе с улучшением аффективного состояния.

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.

Данное сочетание говорило о том, что снижению настроения, затруднению в социальных контактах сопутствуют раздражительность и тревога за состояние

своего здоровья. В соматических жалобах преломлялось ощущение угрозы и недостаточности внимания со стороны окружающих, неудовлетворенная симбиотическая тенденция. Значимость этих жалоб подчеркивается связью с жизненно важными функциями (кардиальные ощущения, ощущения нехватки воздуха, потеря аппетита, сна), где тревога относится субъектом относительно своего физического здоровья и отражает выраженность ипохондрической тенденции.

Для данного профиля характерно пассивное отношение к конфликтам, уход от решения проблем, "бегство в болезнь". У относительно здоровых самооценка часто не соответствует оценке других, отсутствует самокритичность, недостаточный общий самоконтроль и общая незрелость суждений. При данном типе профиля наблюдался смешанный тип реагирования, свойственный лицам с психосоматической предрасположенностью, т.е. со склонностью к трансформации эмоциональной напряженности в болезненные реакции всего организма или отдельных органов. При избыточной эмоциональной напряженности затрудненная дезадаптация проявляется повышенной сосредоточенностью на отклонениях от нормы, как в плане межличностных отношений, так и в сфере самочувствия, где чрезмерное внимание к функциям собственного организма может перерасти в ипохондричность.

Клиническая иллюстрация №5.

Пациентка А., 38 лет.

Родилась в семье рабочих, единственным ребенком в семье. Росла и развивалась соответственно возрасту. Мать больной была мнительной, все время переживала за дочь. Учась в школе, терялась, когда ее вызывали к доске, не могла ответить на вопрос, получала оценки ниже, чем заслуживала, из – за чего очень переживала. В школьном возрасте беспокоили тяжелые, тревожные предчувствия («может случиться что – то нехорошее»), характерные впоследствии для нее на протяжении всей жизни. В 17 лет, после смерти отца впервые почувствовала головные боли, сопровождающиеся тревожными опасениями за свое здоровье.

Обратилась с этими жалобами к неврологу, который поставил ей диагноз: «Вегето –сосудистая дистония». В 18 лет поступила в Педагогический институт. На вечеринках стала часто употреблять алкоголь с одноклассниками, чтобы «преодолеть свою стеснительность». В 19 лет вышла замуж. Муж по характеру был веселый, любил гулять, различные застолья. Выпивая дома, частенько привлекал к этому жену. Больная никогда не перечила мужу, старалась во всем ему угодить, не могла отказать ему. В 22 года, во время беременности, испытывала страхи о том, что ее ребенок будет «ненормальным». После рождения ребенка отношения с мужем испортились: стал гулять, часто выпивал с друзьями. Вскоре больная узнала об измене мужа. Несмотря на сильное потрясение, не стала разводиться, хотела сохранить семью. В повседневной жизни все чаще испытывала тревогу, беспокойство, на работе не справлялась со своими обязанностями. С различными жалобами обращалась к специалистам, т.к. казалось, что у нее серьезное заболевание. В течение года муж подал на развод. После этого появилось чувство недовольства собой с тягостным переживанием своей неполноценности, стало трудно выходить на работу, уволилась. В тот период была направлена в дневной стационар клиники неврозов. Выписавшись больную не покидало чувство тревоги, чувствовала себя одинокой. Оставшись одна (дочь смотрела тетя больной) стала вечерами выпивать. Абстинентный синдром протекал тяжело, казалось, что «может умереть». Обратилась с просьбой о госпитализации.

Психический статус. Приглашена на беседу. Сидит, ссутулившись на стуле. Голос тихий, монотонный. Отвечает в плане заданного вопроса, кратко, на темы ее не интересующие. Алкогольные проблемы отрицает, переключается на состояние своего здоровья. Отмечает, что с каждым месяцем ее состояние ухудшается, но не знает «причины» этого, в связи с чем многократно обследовалась в больницах «вот придет моя дочь, она принесет заключения врачей... ». Говорит, что алкогольной зависимости нет «я пью, потому что у меня тревога, позвоночник болит, не могу спать, руки трясутся, а врачи не могут помочь...мне вообще алкоголь не интересен...». Отмечает, что если понадобится,

то легко может бросить пить. С трудом выполняет домашние дела, последний год нигде не работает. Суицидальные мысли отрицает.

В отделении двигательно спокойна. Фон настроения снижен. Внимание привлекается, удерживается, интересуется своими анализами, дальнейшим лечением, «проверяет» врача относительно своего предполагаемого заболевания. После назначения капельниц сообщает, что состояние стало немного лучше. Обстоятельно описывает свои ощущения «сильные боли в позвоночнике», «желудок болит, чувствую желчь во рту...». Забывая, неоднократно пересказывает одни и те же события связанные с получением травмы, обследованием. Жалуется, что к ней редко приходят, просит приходить каждый день «скинули меня сюда и забыли...». Требуется повышенного внимания к себе.

3.2 Корреляция «Шкалы одиночества» и «Шкалы депрессии Готланда» у женщин, злоупотребляющих алкоголем

Длительное состояние одиночества играет роль в развитии депрессивных нарушений, особенно у женщин. По данным учёных, одиночество играет роль в активации генов, а также связано с развитием таких психических расстройств, как депрессия и пограничное личностное расстройство. Однако, следует разграничить одиночество и социальную изоляцию. По данным исследований, некоторые люди могут иметь большой круг общения и участвовать во множестве различных видов общественной деятельности, но при этом чувствовать себя одинокими. В то же время, другие люди могут быть социально изолированными, но не испытывать при этом ощущения одиночества. Чувство одиночества, по –видимому, является следствием неудовлетворённости индивидуума значимыми аспектами взаимоотношений с окружающими; это может быть качество отношений с другими людьми или же отсутствие определённого вида отношений.

В одной из работ [225] исследуются последствия «хронического» одиночества (имеются в виду лица, испытывающие чувство одиночества в

течение более чем трёх лет). Неспособность индивида адаптироваться к сложившейся жизненной ситуации, использование неэффективных методов психологической защиты, в этой ситуации может способствовать возникновению депрессивных нарушений. Особую трудность представляют женщины, злоупотребляющие алкоголем с сопутствующим аффективным расстройством и находящиеся в ситуации одиночества.

Соответственно поставленным задачам нами была изучена корреляции опросника «Шкалы одиночества» и «Шкалы депрессии Готланда». Исследование проводилось в двух исследуемых группах как до терапии, так и после лечения. Результаты первого тестирования, проводимого в начале терапии, были следующими:

1) У 7,8 % пациенток выявлялся низкий уровень одиночества (средний балл $16,34 \pm 2,56$), что коррелировало с наличием субдепрессивного состояния по «Шкале депрессии Готланда» (средний балл $18,24 \pm 2,64$);

2) У 48 % пациенток был обнаружен средний уровень одиночества (средний балл $32,27 \pm 2,43$), который соответствовал наличию субдепрессивных и депрессивных расстройств (средний балл $25,67 \pm 2,62$);

3) У 15,6% женщин определялся высокий уровень одиночества (средний балл $46,74 \pm 3,14$), что коррелировало с депрессивными расстройствами по «Шкале депрессии Готланда» (средний балл $28,21 \pm 1,13$) (см.табл. 4).

Для женщин из контрольной группы при заполнении теста «Шкала одиночества» в 22,9% случаев (11 больных) характерно было повышение уровня субъективного одиночества.

Таблица 4

Уровень одиночества в двух группах согласно тесту «Шкала одиночества» (до лечения)

Группы	Низкий уровень одиночества, кол-во чел.	Средний уровень одиночества, кол-во чел.	Высокий уровень одиночества, кол- во чел.
Основная	8	49	16
Сравнения	4	5	2

В зависимости от выраженности депрессивных расстройств, проводилась психофармакотерапия (препаратами из группы СИОЗС). Параллельно проводилась психокоррекционная работа. В конце госпитализации, при заполнении тестов, были получены следующие результаты:

- 1) Низкий уровень одиночества выявлялся у 13,7% пациенток (средний балл $17,14 \pm 1,64$); и соответствовал наличию субдепрессивных состояний по «Шкале депрессии Готланда» (средний балл $16,64 \pm 2,54$);
- 2) Средний уровень одиночества – у 41,1% (средний балл $28,34 \pm 1,74$), что коррелировало с наличием субдепрессивных и депрессивных расстройств (средний балл $24,84 \pm 2,24$);
- 3) Высокий уровень одиночества определялся у 9,8% пациенток (средний балл $43,74 \pm 2,34$), у которых было выявлено наличие депрессивных расстройств по «Шкале депрессии Готланда» (средний балл $28,32 \pm 1,11$) (см.табл. 5).

Таблица 5

**Уровень одиночества в двух группах согласно тесту «Шкала одиночества»
(после лечения)**

Группы	Низкий уровень одиночества, кол-во чел.	Средний уровень одиночества, кол-во чел.	Высокий уровень одиночества, кол- во чел.
Основная	14	42	10
Сравнения	6	2	0

Таким образом, полученные данные совпадают с рабочей гипотезой о влиянии фактора одиночества на развитие аффективных нарушений. Было выявлено, что

уровень субъективного одиночества, выявляемы с помощью теста, соответствовал наличию субдепрессивных или депрессивных расстройств разной степени выраженности.

ГЛАВА 4

Структурно – феноменологические особенности депрессивных расстройств у одиноких и замужних женщин, злоупотребляющих алкоголем

4.1 Феномен «депрессивной анозогнозии» – корреляция с «алкогольной анозогнозией»

В ходе исследования нами был выявлен симптом «депрессивной анозогнозии», описанный в научных источниках, как отрицание наличия у себя депрессии. Известно, что алкогольная анозогнозия – это неспособность больного алкоголизмом критически оценивать свое болезненное состояние. При этом больной отрицает у себя наличие, как самого заболевания – алкогольной зависимости, так и ее симптомов, несмотря на наличие клинических признаков. Понятие отношения к болезни, которое понимается как комплекс переживаний и ощущений больного, его интеллектуальных, эмоциональных и поведенческих реакций на болезнь, лечение и взаимодействие с окружающими, у больных алкоголизмом чаще всего связывается с выраженностью алкогольной анозогнозии (отрицанием болезни). Изменения личности, мотивы обращения к алкоголю, патологическое влечение к алкоголю могут осознаваться самим больным, но чаще остаются неосознанными благодаря действию механизмов психологической защиты [50]. Существует точка зрения о том, что психологическая защита в виде «отрицания» является преморбидной личностной чертой, способствующей в частности, развитию зависимости от алкоголя [22].

На разных стадиях алкоголизма анозогнозия может проявляться по – разному. На первой стадии алкогольной зависимости пониманию болезненного характера имеющихся расстройств у больных препятствует отсутствие абстинентных и соматических нарушений, которые, прежде всего, ассоциируются с болезнью. При дальнейшем прогрессировании заболевания понижению уровня самосознания способствует появление выраженных психопатологических расстройств, при которых снижаются критические способности личности [11].

Описанный феномен «депрессивной анозогнозии» у женщин, злоупотребляющих алкоголем [24], является одним из проявлений так называемых «болезней отрицания». Независимо от клинического варианта депрессивных расстройств у обследованных женщин, нами были изучены специфические особенности депрессивных нарушений. Было обнаружено, что каузальные составляющие «депрессивной анозогнозии» во многом перекликались и совпадали с «алкогольной анозогнозией» у обследованного контингента женщин.

При исследовании было выявлено, что «депрессивная анозогнозия» и «алкогольная анозогнозия», в основной группе наблюдалась в 61,7% случаев (у 63 больных), в группе сравнения в 64,6% случаев (у 31 больной).

В группе одиноких у 33 больных (32,3%), в группе замужних у 19 больных (39,6%) проявлялась тотальная анозогнозия – отрицание алкоголизма в сочетании с отрицанием аффективных нарушений. Больные не соглашались с наличием у них расстройств, связанных с алкогольной зависимостью и депрессивным расстройством. Данные симптомы больные объясняли, как общее ухудшение здоровья, относили их к временному, связанному с абстинентными проявлениями или жизненными обстоятельствами состоянию. Свою госпитализацию никак не объясняли, увязывали ее с определенными «обстоятельствами».

У 14 больных (13,7%) из основной группы и у 7 больных (14,6%) из группы сравнения выявлялась частичная анозогнозия с отрицанием алкоголизма, но акцентированием эмоциональных нарушений. Для данных больных было характерно отсутствие установки на полный отказ от употребления алкоголя, скорее допускалось его умеренное употребление. Причина рецидивов часто увязывалась с нестабильностью эмоционального фона.

У 16 больных (15,7%) из основной группы и 5 больных (10,4%) из группы сравнения была выявлена частичная анозогнозия с признанием наличия алкогольных проблем, но отрицанием эмоциональных нарушений. Больные признавали наличие алкогольной зависимости, однако аффективные нарушения

абсолютно не осознавались. Присутствующие симптомы вытеснялись или «оправдывались» пациентками.

Для 37 больных (36,3%) из основной группы и 17 больных (35,4%) из группы сравнения была характерна констатация взаимосвязи алкоголизма и депрессии (диаграмма 19). Больные из этих групп имели субъективные представления об алкогольной зависимости и депрессивных нарушениях.

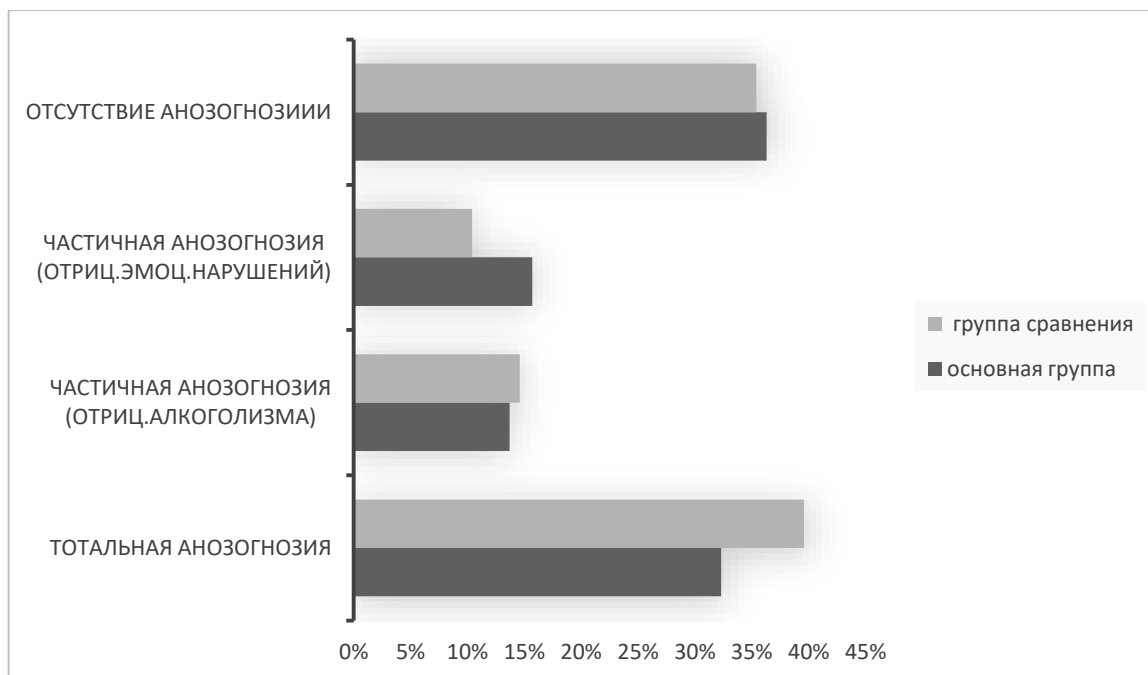


Диаграмма 19. Распределение алкогольной и депрессивной анозогнозии в двух группах

В процессе исследования были выделены каузальные составляющие возникновения феномена «депрессивной анозогнозии» в основной и контрольной группах (диаграмма 20). Выявленные каузальные составляющие возникновения феномена «депрессивной анозогнозии» во многом перекликались и совпадали с «алкогольной анозогнозией»: суперфициальная, когнитивная, перцептивная, результат сапплантажа, комплаентная, стигматизационная составляющая (диаграмма 21).

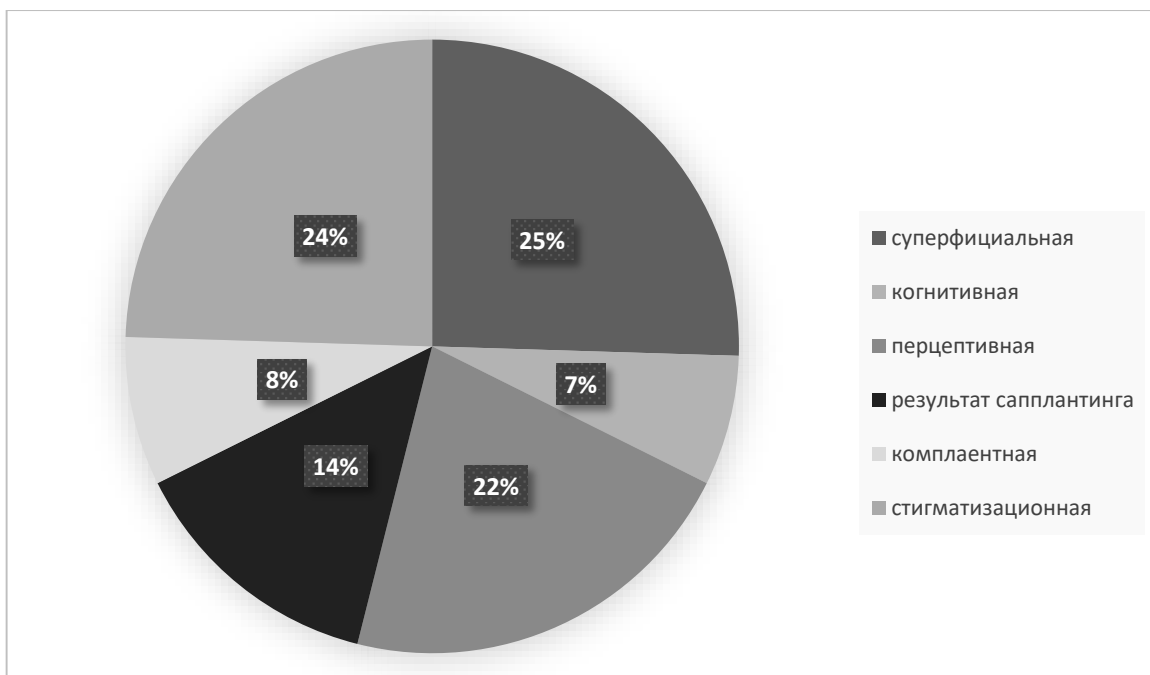


Диаграмма 20. Каузальные составляющие феномена «депрессивной анозогнозии»

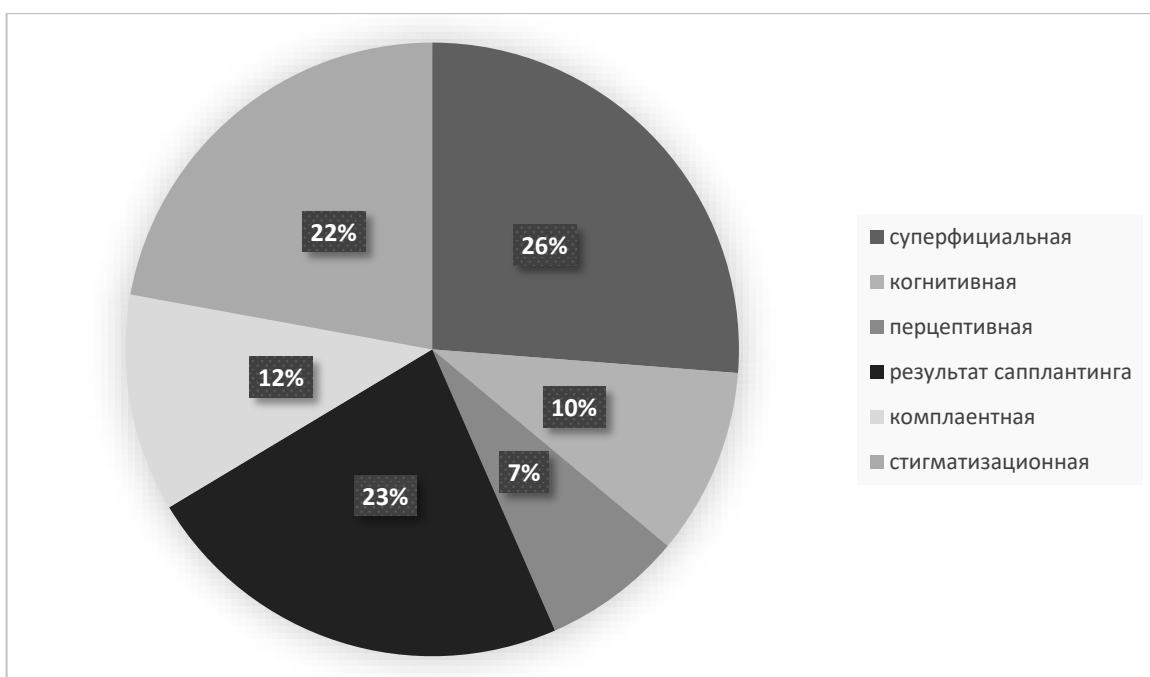


Диаграмма 21. Каузальные составляющие феномена «алкогольной анозогнозии»

Суперфициальная составляющая «депрессивной анозогнозии» – попытки 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. Словесные формулы: «это не депрессия, а просто тяжелый период жизни», «переживала после развода», «у меня нет депрессии – только одиночество» (выявлялась у 26 пациенток).

Суперфициальная составляющая «алкогольной анозогнозии» – проявлялась в объяснении алкоголизации исключительно внешними причинами, отрицание своей ответственности, перекладывание ее на сложившиеся обстоятельства. Словесные формулы: «переживала после развода – начала пить» (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. Словесные формулы: «у меня нет депрессии, т.к. я хожу на работу, смотрю за ребенком», «симптомы депрессии могут быть и у здоровых, это не показатель заболевания» (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. Словесные формулы: «если надо я легко смогу бросить пить» (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. Словесные формулы: «это мое обычное настроение», «я думала, что это нормально», «считала, что все так чувствуют» (выявлялась у 22 пациенток).

Перцептивная составляющая «алкогольной анозогнозии» проявлялась в отсутствии ощущения болезненности интоксикационных проявлений, в

восприятию их как нормы, что объяснялось пациентками традициями употребления алкоголя в соответствующей среде («все пьют»). Состояние нетяжелого похмелья воспринималось как обычное психофизическое состояние, к которому тоже наступило привыкание за многие годы злоупотребления алкоголем (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. Словесные формулы: «это временно, само пройдет», «не стоит обращать внимания на мелочи» (выявлялась у 14 больных).

Сапплантиновая составляющая при «алкогольной анозогнозии» – вытеснение факта наличия алкоголизма как заболевания; уход, игнорирование и отрицание факта длительной дезадаптирующей алкоголизации. Это проявление, вероятно, самое резистентное и труднопреодолимое при алкоголизме вообще, при женском – в частности. Сложность заключалась еще и в том, что женщины нередко формально соглашались с наличием у себя заболевания; иногда охотно, как заученную роль, пересказывали «ужасы» алкоголизации, отдавая дань процедуре лечения, инициированного родственниками. Это в первую очередь касалось группы лиц с истеро – депрессивными расстройствами, привыкшими демонстрировать «реакцию горя» без истинного вовлечения в проблему. Вместе с тем, несмотря на «игровое» поведение пациенток у них наблюдалась персистирующая гипотимия разной степени выраженности (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. Словесные формулы: «я не нуждаюсь в антидепрессантах»,

«не собираюсь ходить по врачам из –за какой –то депрессии» (выявлялась у 8 больных).

Комплаентная 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. Словесные формулы: «у меня все в порядке», «оставьте меня в покое», «назначайте лекарства психически больным» (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. Довольно сложно определить, какая стигма была более болезненной для обследованных женщин – алкогольная или депрессивная, так же, как и определение характера депрессии при длительном алкогольном стаже (преморбидная, ситуационная, интоксикационная, энцефалопатическая) (выявлялась у 27 больных).

Таким образом, были выявлены особенности депрессивных расстройств у женщин, злоупотребляющих алкоголем.

4.2 Варианты стигматизации при депрессивных расстройствах у женщин, злоупотребляющих алкоголем

Согласно научным источникам, стигматизация – это социально – психологическая дискриминация какой – то категории людей. Выявленный нами феномен стигматизации у женщин, злоупотребляющих алкоголем, был неоднороден по структуре. Было выделено пять вариантов стигматизации:

аутостигматизация, общественно – бытовая, социально – трудовая, полоролевая и депривационная.

Для выявления роли стигматизации были составлены вопросы, направленные на выявление стигматизационных проявлений. Всего было 45 вопросов, определяющих различные виды стигматизации, например: «возникают ли у Вас ощущения стыда после периодов злоупотребления алкоголем»; «считаете ли вы себя «безнадежно» больной (алкоголизмом)»; «как часто Вы употребляете алкоголь в одиночку из –за боязни осуждения»; «считаете ли вы, что окружающие сильно преувеличивают масштаб Ваших алкогольных проблем». При заполнении бланка, совместно с исследователем, была изучена устная оценка стигматизационных высказываний пациенток, в результате которой были вычленены 5 ее видов.

К аутостигматизационным относились утверждения типа:

- 1) «Я считаю себя опустившейся женщиной»;
- 2) «Я не верю в свое излечение»;
- 3) «Я невысокого мнения о себе, т.к. употребляю алкоголь»;
- 4) «Мне неприятно смотреть на себя в зеркало после запоев».

При аутостигматизации больные были уверены, что не смогут изменить существующую ситуацию, постоянно упоминали о «злокачественности» алкоголизма у женщин, обреченности, не хотели обращаться к специалистам за помощью. В беседе указывали на отсутствие личных ресурсов чтобы справиться со своим заболеванием.

К общественно – бытовой стигматизации относились утверждения:

- 1) «В обществе я занимаю низкую ступень, т.к. злоупотребляю алкоголем»;
- 2) «Иногда после запоя мне кажется, что все видят, что я пью и осуждают меня за это»;
- 3) «Я скрываю от окружающих, что пью»;
- 4) «В больницу я обратилась только по настоянию близких, т.к. стесняюсь своего заболевания».

Данный вид стигматизации являлся следствием отрицательного отношения общества к женщинам, злоупотребляющим алкоголем. Больные находились «в ожидании» от своего окружения негативного отношения к себе. Пациентки постепенно меняли ближайшее социальное окружение на людей, злоупотребляющих алкоголем. В данном обществе больные не чувствовали своей социальной, психологической и ролевой дефицитарности, находились в состоянии психологического комфорта.

К **социально – трудовой** стигматизации относились утверждения:

- 1) «Даже, когда я не пью, на работе догадываются о моем пороке»;
- 2) «Мне кажется, на работе плохо ко мне относятся»;
- 3) «В период воздержания от пьянства я делала все, чтобы "загладить вину"»;
- 4) «Мне стыдно выходить на работу после запоев».

При данном типе стигматизации больные переставали отождествлять себя с коллегами по работе, друзьями. В беседе указывали на разницу в социальном положении, трудовом статусе и т.д. Больные постоянно испытывали чувство вины, возникающее в период срыва и в послезапойные периоды.

К **полоролевой** стигматизации относились утверждения:

- 1) «Такие женщины, как я, не интересуют мужчин»;
- 2) «Мне кажется, что мужчины брезгуют мной»;
- 3) «Из –за пьянства я не могу выйти замуж»;
- 4) «Женщины, употребляющие алкоголь, недостойны любви».

Данный вид стигматизации был наиболее характерен для женщин с заниженной самооценкой. При имеющихся отношениях (чаще патологичных, связанных с алкоголизацией) женщина полностью подстраивалась под партнера в страхе остаться одной, вспоминая про ушедшие годы и свой возраст. При разрыве данных отношений стигматизация усиливалась ощущением своей неполноценности, ущербности.

К **депривационной** стигматизации относились утверждения:

- 1) «Если бы я не была одинокой, люди бы лучше ко мне относились»;
- 2) «Мои проблемы не только от пьянства, но и от одиночества»;

- 3) «Я часто употребляю алкоголь одна, так как стесняюсь своего пьянства»;
 4) «Я бы не пила, если была бы счастлива в семейной жизни».

При данном типе стигматизации личностные проблемы, рецидивы заболевания связывались с ситуацией одиночества. Депривационный фактор служил причиной и оправданием срыва для таких больных. Больные были фиксированы только на ситуации одиночества. Данный вид стигматизации встречался при полном одиночестве и касалось не только отсутствием партнера, но и детей, близких. Пациентки часто указывали на эмоциональную опустошенность, на отсутствие объекта, ради которого бы стоило изменить жизнь. При этом отношение общества больные трактовали через призму своего одинокого существования.

При выполнении данного теста были получены следующие результаты:

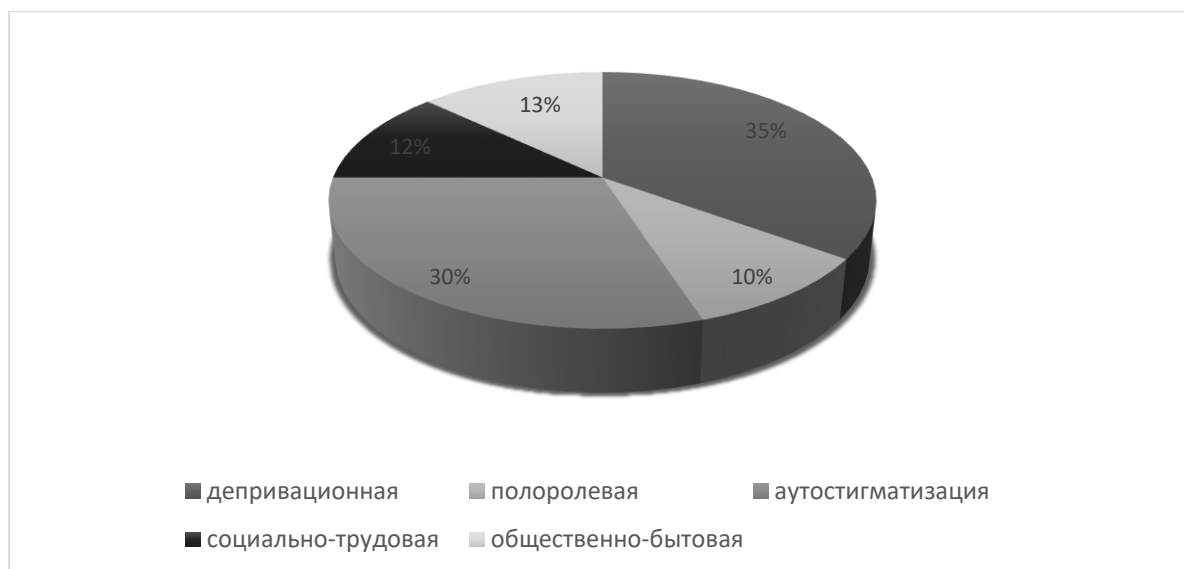


Диаграмма 22. Распределение видов стигматизации в двух группах

При исследовании стигматизации женщин, злоупотребляющих алкоголем, все пять видов были связаны между собой и наблюдались у одного пациента, однако в определенной сфере пациент был стигматизирован в большей степени. Исследование данного аспекта выявило преобладание депривационной (50,6% больных) и аутостигматизации (35,3% больных) при разной выраженности других стигматизационных тенденций — социальной (12%), бытовой (12,7%) и полоролевой (10%).

Также о роли стигматизации в возникновении депрессивных нарушений у женщин, злоупотребляющих алкоголем, свидетельствовал тест на определение самооценки. За основу теста была взята методика диагностика самооценки Дембо –Рубинштейна (см. табл.6).

Таблица 6

Определение самооценки

Качества	Основная группа, чел.	Группа сравнения, чел.
Удачливая	30	29
Неудачливая	54	13
Спокойная	86	19
Возбудимая	11	28
Волевая	41	35
Безвольная	57	4
Уступчивая	35	23
Неуступчивая	29	18
Неуспешная	79	39
Успешная	9	6
Требовательная	39	14
Лояльная	54	25
Эгоистичная	12	13
Альтруистичная	48	26
Пассивная	45	9
Активная	32	35
Ответственная	56	34
Безответственная	43	12
Подозрительная	7	9
Доверчивая	67	36
Счастливая	32	37

Определение самооценки

Несчастливая	59	9
Обидчивая	43	25
Необидчивая	26	15
Общительная	49	32
Замкнутая	57	16
Малозаметная	67	17
Выделяющаяся	34	30
Привлекательная	44	36
Отталкивающая	45	4
Красивая	15	35
Некрасивая	76	5

Из предложенных качеств женщины из основной группы, по сравнению с группой сравнения, чаще выбирали отрицательные (некрасивая, малозаметная, отталкивающая, безответственная, неуспешная). Полученные данные обеих групп свидетельствовали о низкой самооценке таких больных.

ГЛАВА 5

«Мишень – центрированная» поэтапная психокоррекция женщин, страдающих алкоголизмом.

Особенностью проведения психотерапии у обследованного контингента больных являлось сочетание этапности, стадийности с воздействием на выделенные в процессе исследования психотерапевтические «мишени».

В соответствии с поставленными задачами были выделены и дифференцированы различные виды психотерапевтического воздействия в зависимости от превалирующих «мишень – объектов». Проведению психотерапии предшествовал короткий этап *медикаментозной коррекции* в согласно стандартов лечения больных алкоголизмом в соответствии с выявленными нарушениями. Применялись транквилизаторы и антидепрессанты, так как в структуре эмоциональных нарушений присутствовали депрессия и тревога; общеукрепляющая, дезинтоксикационная, симптоматическая терапия, витаминотерапия.

Следующий этап – *психокоррекционный* проводился параллельно с приемом пероральных форм препаратов (в основном, антидепрессантов). Вычленялся «депрессивный синдром», рационально, на академическом уровне разбирались варианты невротической депрессии, эмоциональные нарушения увязывались с массивной алкоголизацией. Каузальная психотерапия заключалась в выявлении возможной причины заболевания, обращения к ПАВ как к средству уменьшения психической боли. Психокоррекция была направлена на преодоление последствий явных и скрытых психотравм: снижения настроения и самооценки, пессимистического прогноза на будущее, ощущения личностного тупика, психогенной суженности побудительных мотивов, фиксации на болезненных обстоятельствах, ощущения утери самоценности и значимости прежних жизненных ценностей (аномический компонент), чувства обиды, ослаблении потребности в физическом, духовном, нравственном и материальном прогрессе. Уделялось внимание психогенно –невротическим проявлениям: настойчивому и

малопродуктивному обращению к прошлому, игнорированию настоящих и отрицанию будущих перспектив, появлению регрессивного аутодеструктивного поведения.

Третий этап – *психореабилитационный* – заключался в создании новых «целевых программ» и был общим для всех пациентов (менялось только содержание программ). Психокоррекция была направлена на решение таких задач, как снижение значимости актуальной психотравмы, расширение круга личных целей, повышение фрустрационной толерантности, замена патологических защитно – компенсаторных механизмов на психологически адекватные. Подобная тактика имела и дестигматизирующее значение: активное смещение акцента с алкогольных проблем на невротические открывало новые перспективы работы с больными.

Собственно психокоррекционная работа велась параллельно с исследованием и проводилась 3 раза в неделю по 1 часу. В дальнейшем была определена «мишень –центрированная» модель психокоррекции, включающая в себя:

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

5.1 Преодоление «депрессивной» и «алкогольной» анозогнозии

Для эффективной психотерапии первоочередной задачей являлось преодоление отрицания, что требовало изучения механизмов его возникновения. Было обнаружено, что каузальные составляющие «депрессивной анозогнозии» перекрещивались с «алкогольной анозогнозией» у обследованного контингента женщин. Согласно выявленным закономерностям строилась психокоррекционная работа с пациентками. Преодоление «депрессивной анозогнозии» проходило параллельно с «алкогольной анозогнозией» с демонстрацией схожих признаков: утрата интересов, утрата способности получать удовольствие, пессимистическое

видение будущего, заниженная самооценка, подавленность как черта характера, утрата интересов вне алкоголизации, утрата способности без алкоголя получать удовольствие («алкогольная ангедония»), пессимистическое видение будущего (изменения ситуации, перспектив лечения), снижение самооценки, в том числе, вследствие стигматизационного воздействия, гипотимность, дисфоричность «проалкогольного» содержания.

Эффективность психокоррекции зависела от преодоления отрицания, чему способствовало использование в работе выявленных в процессе исследования его каузальных составляющих: суперфициальной, когнитивной, перцептивной, сапплантинг, нонкомплаентной и стигматизационной составляющей. В соответствии с этим были предложены различные «антианозогнозические» мишени психотерапии.

При выявлении *суперфициальной составляющей «депрессивной анозогнозии»* наиболее адекватной была психокоррекция, которая заключалась в объяснении женщинам логической взаимосвязи между возникновением психотравмы, последующей депрессии и алкоголизации.

Психокоррекция *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»* психокоррекция заключалась в дидактическом разъяснении особенностей депрессии, ее специфики, клинических вариантов депрессии, своеобразия и атипизма.

При выявлении *когнитивной составляющей «алкогольной анозогнозии»* психокоррекция 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»* психокоррекция была направлена на эмоциональную составляющую и заключалась в том, чтобы показать факт снижения настроения, увязать депрессию с различными факторами. Также, сюда можно отнести «психотерапию воспоминанием» – проведения тренинга с возвратом к прежнему, доболезненному эмоциональному состоянию.

Психокоррекционная процедура при выявлении *перцептивной составляющей «алкогольной анозогнозии»* заключалась в сравнении состояния «чистоты» и «отравления» (термины, доступные пациенткам с невысоким интеллектуальным уровнем), требования описать свои ощущения, возникающие при абстинентном синдроме

При наличии *саппланта* – своеобразного вытеснения – психокоррекция заключалась в выведении факта наличия депрессии из сферы неосознанной в сознательную часть психики, при этом необходимо было указать на факт вытеснения, доказать наличие аффективных проблем и способов их преодоления.

Сапплантинг при «алкогольной анозогнозии» – заключался в вытеснении факта наличия алкоголизма как заболевания; уход, игнорирование и отрицание факта длительной дезадаптирующей алкоголизации. Это проявление, вероятно, самое резистентное и труднопреодолимое при алкоголизме вообще, при женском – в частности. Сложность заключалась еще и в том, что женщины нередко формально соглашались с наличием у себя заболевания; иногда охотно, как заученную роль, пересказывали «ужасы» алкоголизации, отдавая дань процедуре лечения, инициированного родственниками. Это в первую очередь касалось группы лиц с истеро – депрессивными расстройствами, привыкшими демонстрировать «реакцию горя» без истинного вовлечения в проблему. Вместе с тем, несмотря на «игровое» поведение пациенток у них наблюдалась персистирующая гипотимия разной степени выраженности. Преодоление патологических механизмов защиты проходило через работу с психологическим

сопротивлением, и именно от степени его выраженности и способности обойти его зависел результат. Обходные маневры осуществлялись через «соматизацию алкоголизма», либо через смещение акцента с алкогольной парадигмы на депрессивную (с подчеркиванием взаимосвязи с алкогольной тематикой).

При выявлении *комплаентной составляющей «депрессивной анозогнозии»* психокоррекция заключалась в установлении контакта, включающего определенную меру доверия и взаимопонимания с пациентом; в объяснении значимости приема антидепрессантов, внушения отсутствия угрозы со стороны врача и наличия эффективности со стороны препаратов.

Комплаентная 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. В этих случаях целесообразным являлась смена индивидуальной психокоррекции на групповую – нередко массовые реакции «покаяния» пробивали брешь личностной комплаентности.

Психокоррекция 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» проявлялась в нежелании быть отнесенными к группе «женщин – алкоголичек», в максимальном продлении периода скрытой, латентной алкоголизации, что особенно показательно при одиночном женском пьянстве. Довольно сложно определить, какая стигма была более болезненной для обследованных женщин – алкогольная или депрессивная, так же, как и определение характера депрессии при длительном алкогольном стаже (преморбидная, ситуационная, интоксикационная, энцефалопатическая). Вероятно, поэтому следует проводить параллельную антистигматизационную психокоррекцию с переводом модели поведения «потребителя алкоголя» на модель «потребителя антидепрессантов».

Вместе с тем, тотальная анозогнозия – алкогольная и депрессивная, – сопровождающаяся упорным отказом сотрудничать с врачом, являлась прогностически неблагоприятным фактором.

5.2. Работа со стигматизационной, депривационной и фрустрационной мишенями

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

При изучении особенностей депрессивных расстройств, было выявлено наличие стигматизационной составляющей аффективных нарушений. В соответствии с выявленными видами стигматизации (депривационная, полоролевая, общественно – бытовая, социально – трудовая, аутостигматизация), нами были предложены 5 модулей.

При преобладании *депривационной стигматизации* (утверждения типа: «Если бы я не была одинокой, люди бы лучше ко мне относились», «Мои проблемы не только от пьянства, но и от одиночества», «Я часто употребляю алкоголь одна, так как стесняюсь своего пьянства», «Я бы не пила, если была бы счастлива в семейной жизни») психокоррекционный модуль включал в себя следующее: 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, для кого – то одиночество является желаемым состоянием.

При преобладании *полоролевой стигматизации* (утверждения типа: «Такие женщины, как я, не интересуют мужчин», «Мне кажется, что мужчины брезгуют мной», «Из – за пьянства я не могу выйти замуж», «Женщины, употребляющие

алкоголь, недостойны любви») психокоррекционный модуль включал в себя следующее: 1) признать в себе положительные качества, которые привлекают противоположный пол, такие как: «заботливая, спокойная, искренняя, мягкая, активная, доверчивая, необидчивая, общительная, привлекательная, добрая, сексуальная» (согласно модифицированному тесту Рубинштейна); 2) разъяснить, о необходимости приобретения утерянной женской сущности: женщина как «хранительница домашнего очага», любящая жена и мать – при наличии семьи; как привлекательная сексуальная и духовная партнерша – при одиночестве; 3) разобрать 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, повседневную деятельность, «канализировать» активный потенциал на социально – полезное русло.

При преобладании *общественно – бытовой стигматизации* (утверждения типа: «В обществе я занимаю низкую ступень, т.к. злоупотребляю алкоголем», «Иногда после запоя мне кажется, что все видят, что я пьяница и осуждают меня за это», «Я скрываю от окружающих, что пью в одиночестве», «В больницу я обратилась только по настоянию близких, т.к. стесняюсь своего заболевания») психокоррекционный модуль включал в себя следующие приемы: 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* (утверждения типа: «Даже, когда я не пью, на работе догадываются о моем пороке», «Мне кажется, на работе плохо ко мне относятся», «В период воздержания от пьянства я делала все, чтобы "загладить вину"», «Мне стыдно выходить на работу после

запоев») психокоррекционный модуль включал в себя следующее: 1)обсудить с пациентками феномен «гиперкомпенсаторного поведения» в ремиссии как социально –негативного – при разрешении повторных «отработанных» рецидивов, и социально –позитивного – при возникновении чувства вины за пьянства и желании «отработать свои социальные грехи»; 2) объяснить, что социальная изоляция увеличивает длительность депрессии, ведет к усугублению ситуации; 3) изучить совместно с пациентками алгоритм прогулов – их причины и мотивацию; 4)проработать тему «чрезмерной вину» как фактора блокирующего социальное функционирование.

При преобладании *аутостигматизации* (утверждения типа: «Я считаю себя опустившейся женщиной», «Я не верю в свое излечение», «Я невысокого мнения о себе, т.к. употребляю алкоголь», «Мне неприятно смотреть на себя в зеркало после запоев») психокоррекционный модуль включал в себя следующее:1) отметить позитивные черты своего характера, личные достижения – в отношении прошлой жизни, с помощью «автобиографической инвентаризации»; 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 психокоррекции**, однако, данный вид воздействия на депривационную психокоррекционную мишень являлся целесообразным и для тех замужних пациенток, у которых был «высокий уровень субъективного одиночества» согласно использованному тесту. Больные жаловались на состояние скуки, внутреннего одиночества, непонятости окружающими. Был выявлен своеобразный феномен «аддиктивной амбивалентности», когда пациенты говорили о плохой переносимости одиночества, но вместе с тем, не могли полноценно общаться без «алкогольных

адаптогенов». Обычно трудно изменить саму ситуацию одиночества, поэтому психотерапия была направлена на снижение его фрустрирующего воздействия, достижения своеобразной «десенсибилизации» к одиночеству. Наиболее интенсивно антидепривационная психокоррекция проводилась при внезапно возникшем одиночестве – «быстром» разводе, смерти супруга, уходе с работы, поэтому в этих случаях она заключалась в рациональном объяснении ситуации. Данный модуль включал в себя следующие приемы:

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, связанного с потерей семьи, работы с последующей реактивной алкоголизацией (словесные формулы: «залить горе вином», «запить с горя»), при включении психотравмирующих переживаний в проблематику употребления алкоголя, при их звучании в фабуле внутри – и межличностного конфликта был разработан **антифрустрационный модуль психокоррекции**. При изучении модуса алкоголизации, в этих случаях имеющих эксцессивный характер (реже – систематический), было обнаружено преобладание тяжелых форм опьянения, формирование психогенно обусловленных запоев. Данный вид психокоррекции включал следующие приемы:

1. обсудить вопросы фрустрационного одиночества с рациональным объяснением ситуации;
2. проанализировать социальные функции человека и ролевое многообразие, возможность утери одной или нескольких ролей;
3. разобрать имеющуюся психотравму и ее воздействие;

4. разработать позитивные пути компенсации преодоления фрустрации.

5.3 Дополнительные модули

Дополнительными модулями психокоррекции женщин, злоупотребляющих алкоголем, являлись когнитивно – дидактический и профилактический. **Когнитивно – дидактический модуль** заключался в создании «информационного блока», разработанного со спецификой применения для женского контингента больных. Для обсуждения предлагались следующие темы: 1) «Гендерные особенности формирования и течения алкоголизма у женщин»; 2) «Эмоциональные нарушения в клинике женского алкоголизма»; 3) «Роль психотравм, как запускающего механизма алкоголизации»; 4) «Влияние супружеского партнера (при парно –супружеском алкоголизме) и одиночества (при одиночном пьянстве) на рецидивы заболевания»; 5) «Триггеры» патологического влечения к алкоголю у женщин»; 6) «Проблемы скрытого пьянства у женщин и необходимость обращения к специалисту».

Когнитивно – дидактический модуль психокоррекции применительно к депрессивной анозогнозии заключался с одной стороны в демонстрации симптомов у больных, выявленных согласно критериям МКБ –10 и описанным клиническим вариантам депрессивных расстройств с другой стороны. Когнитивно – дидактическая психокоррекция с демонстрацией симптомов депрессии у больных и сравнение ее критериев согласно МКБ –10. Также продуктивным являлось описание клинического вида депрессии у каждого конкретного больного не как психологический симптом (плохое настроение, переживание трудной ситуации), а как психиатрический симптомокомплекс.

Профилактический модуль включал в себя следующее:

1. закрепление всех полученных знаний и навыков;

2. обсуждение возможных ситуаций, которые могут способствовать возвращению старого неэффективного стиля поведения и мышления и избегание конструктивного решения проблем;
3. обсуждение способов поведения в данных ситуациях;
4. составление вместе с терапевтом плана действий в случае появления признаков обострения заболевания.

Таким образом, подходы к психокоррекции женщин, злоупотребляющих алкоголем, отличаются определенным своеобразием, заключающемся в выделении специфических психокоррекционных «мишень –объектов» и требуют дифференцированного вмешательства.

Обсуждение полученных результатов

Алкоголизм у женщин, несмотря на его нозологическую унифицированность, тем не менее, обладает рядом особенностей. Наряду с сугубо гендерными отличиями, существует ряд факторов, которые при «мужском» алкоголизме менее задействованы по сравнению с «женским» вариантом заболевания. Это особый «тропизм» к психотравмам, подверженность внешнеситуационным воздействиям, влияние супружеского партнера, злоупотребляющего алкоголем, заинтересованность аффективной сферы и частота депрессий. Особое место в течение заболевания занимает фактор стигматизации – наложения общественного клейма. Заболевание у женщин, находящихся в ситуации одиночества, еще более специфично, так как претерпевает двойное «стигматизационное воздействие» со стороны социума. В научной литературе существуют исследования, доказывающие, что интенсивная алкоголизация у женщин часто бывает в состоянии привычного или фрустрационного одиночества, когда теряются социальные роли жены, «хозяйки дома», половой партнерши, матери семейства. Особую сложность представляют пациенты с коморбидной патологией, поскольку диагностика аффективных расстройств в этом случае затруднена. Клиника аффективных нарушений как правило не выражена, протекает со «скрытой» симптоматикой.

Для данного исследования, согласно критериям включения и исключения, было отобрано 150 больных с диагнозом: синдром зависимости, вызванный употреблением алкоголя. Данному диагнозу сопутствовали аффективные нарушения. Для изучения поставленных задач общее количество больных было разделено на следующие группы: 1 – ая группа основная – 102 женщины находящиеся в ситуации одиночества и 2 – ая группа сравнения – 48 женщин, имеющих партнера.

На основе полученных данных была изучена мотивация начала употребления алкоголя. Мотивация начала злоупотребления алкоголем и мотивация последующего злоупотребления у больных может различаться. В

нашем исследовании изучение различий в мотивации употребления алкоголя одинокими и замужними женщинами дало следующие результаты. Было выявлено, что инициальная мотивация употребления алкоголя в двух группах не отличалась. С одинаковой частотой были выявлены антифрустрационный (32,6%), релаксационный (16,7%), антианксиозный мотивы (32%).

Вместе с тем, последующая мотивация в группе одиноких и замужних женщин существенно отличалась. В группе одиноких женщин превалировал антидепривационный (48%) и антидепрессивный (36,3%) мотивы. Причинами, побуждающими к злоупотреблению были чувство одиночества, пустоты, ненужности, подавленный фон настроения, что являлось следствием одинокого существования. В группе замужних женщин преобладали сексуально – стимулирующий (22,9%), коммуникативный (29,1%) и манипулятивно – адаптационный (37,5%) мотивы. В этом случае причинами злоупотребления было желание наладить семейные отношения, поддержать мужа - алкоголь выступал на основе общего интереса супругов и в качестве объединяющего фактора.

Оценивая причины и патодинамику аффективных нарушений у женщин, злоупотребляющих алкоголем, которые со временем трансформировались в приобретенные модусы поведения, можно утверждать, что в их возникновении принимали участие все факторы: преморбидный, алкогольный, депривационный (у одиноких женщин). Преморбидный фактор играл роль базисных личностных отклонений, не доходящих до степени психопатии (расстройства личности), которые определяли клиническую окраску будущих расстройств под воздействием злоупотребления алкоголем [34]. Алкогольный и депривационный (одиночество) факторы обусловили персистирование депрессивных нарушений. Как уже было отмечено, чем больше стаж алкоголизации, тем вероятнее переход острых депрессивных расстройств в подострые и хронические, однако выявить это достаточно сложно из – за схожести ряда проявлений, «проалкогольной маски» депрессивных личностных изменений (по нашим наблюдениям депрессивные расстройства редуцировались лишь в терминальной стадии алкоголизма – при возникновении алкогольной деградации и деменции).

Депрессивные расстройства в повседневной наркологической практике достоверно редко выявляются у женского контингента вследствие наличия ряда причин: атипизма, камуфлирования абстинентными расстройствами (сомато – неврологические нарушения), анозогнозии, вынужденной недобровольной госпитализации, стигматизации.

Атипизм обусловлен бедностью депрессивной симптоматики (соответственно основным и дополнительным симптомам депрессивного расстройства по МКБ –10). Полученные данные соответствовали современным исследованиям, свидетельствующих о неоднородности и не выраженности депрессивных расстройств [8,10,16,57,58,146, 152,198].

В ходе исследования больные либо не предъявляли жалоб (симптомы депрессии выявлялись лишь при детальном опросе), либо высказывали, но не связывали их с алкогольной зависимостью и аффективными нарушениями. При анализе симптомов депрессивных расстройств значимых различий между группами не выявлено. Из основных симптомов для основной и группы сравнения было характерно снижение настроения (87,2% и 83,3% соответственно), интересов и способности получать удовольствие (74,5% и 77% соответственно), заниженная самооценка (82,3% и 81,2% соответственно) и нарушение сна (81,3% и 85,4% соответственно). Изначально заниженная самооценка усугублялась после рецидива и имела ситуационную окраску, т.к. больные считали себя безвольными, неудачливыми, безответственными. В основной группе уровень самооценки женщины нередко связывали с состоянием одиночества. Выявленные расстройства сна выражались в наличии кошмарных сновидений, чуткого, поверхностного сна, отсутствие чувства отдыха после пробуждения. Такие симптомы как раннее пробуждение в 4 –5 утра были не характерны для больных. Нередко больные ставили нарушение сна в причинную связь со своей алкоголизацией.

Эмоциональный фон чаще был подавленным, больные отмечали, что восприятие окружающего мира стало серым, тусклым, неинтересным. Суточные колебания как правило не отмечались, однако, характерны были перепады

настроения в течение суток – подавленное, грустное, слезливое настроение сменялось тревогой, раздражительностью, вспыльчивостью.

Также характерен был ангедонический компонент – отсутствие способности получать удовольствие неалкогольным путем. В отличие от аномических проявлений ангедония, как правило, истекает из факта употребления алкоголя, его аддиктивных свойств (так, больные наркоманией с еще большим аддиктивным радикалом злоупотребления, нередко жаловались на потерю способности получать удовольствия ненаркотическим путем). Вместе с тем, ангедония звучала чаще в жалобах одиноких женщин, страдающих алкоголизмом, чем другого контингента больных.

В ходе исследования нами было обнаружено, что атипизм обусловлен фасадами – тревожным, апатическим, астеническим, истерическим, ипохондрическим, за которыми просматривалась собственно депрессия. Сравнение депрессивных расстройств у одиноких и замужних женщин выявило достоверную частоту отдельных клинических вариантов. У одиноких женщин наиболее часто встречался апато – депрессивный вариант (выявлялся у 38% пациенток), у замужних – истеро – депрессивный (выявлялся у 41% женщины). Объяснение заключается в следующем. 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. В группе замужних женщин достоверно чаще наблюдался истеро – депрессивный вариант, который нередко коррелировали с психопатоподобными нарушениями. При данном варианте большое влияние оказывал ситуационный фактор, характеризовался наличием внешнего наблюдателя. Различия между группами при тревожно – и астено – депрессивном, а также при депрессивно – ипохондрическом варианте не достигали степени статистической достоверности ($p > 0,05$).

При изучении женщин, злоупотребляющих алкоголем, клинико – психопатологическим и экспериментально – психологическим методами была

выявлена взаимосвязь клинических вариантов депрессивных расстройств с профилями личности ММРІ в двух группах. Психологический профиль показал увеличение значений некоторых шкал (значения выше 70 –Т баллов), что соответствовало определенным клиническим вариантам депрессивных расстройств. При тревожно –депрессивном варианте ведущими симптомами были тревога, пониженное настроение, что отражалось на значениях теста оценочной шкалы «D» (депрессии) и «Pt» (психастении). При апато –депрессивном варианте наблюдалось увеличение оценочной шкалы «D» (депрессии) и низкие показатели по шкале «Ma» (гипомании). При астено –депрессивный варианте на шкале отмечалось увеличение оценочной шкалы «HS» (ипохондрии) и «Pt» (психастении). При истеро – депрессивный варианте наблюдалось увеличение оценочной шкалы «D» (депрессии) и «Hu» (истерии). При депрессивно – ипохондрический варианте на профиле ММРІ отмечалось увеличение оценочной шкалы «HS» (ипохондрии) и по шкале «D» (депрессии).

Также нами была изучена корреляция «Шкалы одиночества» и «Шкалы депрессии Готланда» у женщин, злоупотребляющих алкоголем. Лица, страдающие депрессией, а также те, кто находится в группе риска депрессии, демонстрируют разнообразную степень дефицита социальных связей [29]. Уровень одиночества, определяемый у данного контингента больных, был достоверным показателем наличия субдепрессивных или депрессивных состояний по шкале Готланда. Выявленный с помощью шкалы UCLA уровень одиночества (низкий, средний, высокий) соответствовал наличию субдепрессивных и депрессивных расстройств выявленных по шкале Готланда. При анализе было выявлено, что при первичном тестировании одиночество субъективно выявлялось у 84 больных, при этом 11 больных были из группы сравнения. После проведения медикаментозной и психотерапевтической коррекции уровень одиночества наблюдался у 74 больных, из них 8 женщин были замужними.

Следует отметить, что в группе замужних женщин у 11 больных выявлялся уровень субъективного одиночества был выше допустимых значений, что можно объяснить отсутствием близких эмоциональных отношений, при формальном

наличии мужа и детей. Это подтверждается научными работами по изучению взаимоотношения «одинокости-алкоголизма-депрессии» [53].

Обозначенный выше атипизм депрессивных расстройств был также обусловлен двойной анозогнозией – непониманием и непризнанием как алкогольной так и депрессивной патологии. Вместе с тем, общие патогенетические механизмы болезней зависимости и депрессии как «серотонин – зависимых» расстройств позволяют объединить лечебные программы. Сочетание медикаментозного и психотерапевтического воздействия является облигатной процедурой ведения подобного контингента больных.

В данном исследовании изучение особенностей депрессивных нарушений, был выявлен феномен «депрессивной» и «алкогольной» анозогнозии». В основной группе он наблюдался в 42 % случаев (у 63 больных), в контрольной группе в 20,6% случаев (у 31 больной). При исследовании было выявлено, что в группе одиноких у 33 больных (22%), в группе замужних у 19 больных (39,6%) выявлялась тотальная анозогнозия, которая характеризовалась отрицанием алкоголизма и отрицанием аффективных нарушений. У 14 больных (9,3%) из основной группы и у 7 больных (4,6%) из контрольной группы выявлялась частичная анозогнозия с отрицанием алкоголизма, но акцентированием эмоциональных нарушений. У 16 больных (10,6%) из основной группы и 5 больных (3,3%) из контрольной группы была выявлена частичная анозогнозия с признанием наличия алкогольных проблем, но отрицанием эмоциональных нарушений. Данные совпадают с мнением авторов, что анозогнозия в целом способствует актуализации патологического влечения и возникновению рецидива заболевания. Т.А. Махова (1986) считала типичным для больных алкоголизмом «эмоциональную анозогнозию», Ключкова Л.В. (1989) – «общественную анозогнозию», т.е. распространение в обществе искаженных представлений об алкоголизме. О.Г. Смирнов (1987), Нелидов А.Л. (1992), отводит ведущую роль когнитивному компоненту самосознания, т.е. наличию объективных сведений о болезни.

В нашем исследовании «депрессивной анозогнозии» выявлены ее каузальные составляющие: суперфициальная, когнитивная, перцептивная, сапплантиновая, комплаентная, стигматизационная. Различия между группами были недостоверны.

В структуре депрессивных расстройств большое значение имеет фактор стигматизации, меняющий структуру и клиническую окраску аффективных нарушений [45]. В научной литературе придается большее значение данного фактора у женщин, злоупотребляющих алкоголем, что является результатом гендерной специфики этого контингента больных. При исследовании данного аспекта в основной и контрольной группе, нами были выявлены 5 видов стигматизации: полоролевая, депривационная, общественно – бытовая, социально – трудовая и аутостигматизация. Каждый из видов показывал в какой сфере пациент наиболее стигматизирован. 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.

При проведении психотерапии основная задача заключалась в концептуальной смене алкогольной парадигмы на депрессивную как результата воздействия злоупотребления алкоголем с одной стороны и как на менее стигматизированную мишень с другой.

Подобная конвертация с переводом обсуждения в русло иных вопросов прерывает прежние болезненные формы реагирования в виде готовности к стыду, привычного пересказа «легенды» о причинах алкоголизации и персеверативных обещаний изменить жизненный сценарий. Наиболее податливой к проведению психологической коррекции оказалась группа пациенток с депрессивно – ипохондрическими расстройствами: фиксация на вопросах здоровья, образование

сверхценных идей (по типу «паранойи здоровья»), способных конкурировать с алкогольной доминантой, способствовали формированию устойчивых терапевтических ремиссий. «Астеническая депрессия» в периоды острой интоксикации не отрицалась больными и проявлялась в своей клинической очевидности.

Эти две подгруппы были наиболее показательны как депрессивный контингент, осознающий характер аффективных сдвигов, комплаентный для лечения и нуждающийся в назначении антидепрессантов. В трех других подгруппах с апато –, тревожно – и истеро – депрессивными расстройствами атипизм депрессивных расстройств усугублялся частичной или полной депрессивной анозогнозией, что делало их «терапевтическими невидимками».

Наименее результативной была группа с апато – депрессивными расстройствами: апатический радикал оставался неизменным независимо от наличия или отсутствия психотерапии – пациентки были глухи к внешним воздействиям, инкапсулировавшись со словесной формулой «оставьте меня в покое». Группа с тревожно – депрессивными расстройствами была наиболее сложной для квалификационной оценки вследствие трудности определения «степени первичности» его составляющих (тревога на фоне подавленного настроения или депрессия с оттенком тревоги), а также их атипизма, спаянности с патохарактерологией – наличием преморбидных тревожных черт характера.

Вместе с тем, атипизм депрессии, синдромальное камуфлирование, его длительное хроническое течение с ундулированием в абстинентном послезапойном периодах, отсутствие многих показателей, характерных для непсихотических депрессивных расстройств и, наконец, трансформация в новую (или «обновленную») патохарактерологию позволяет оценивать это аффективное расстройство как часть сформированной депрессивной личности.

Таким образом, выявлено, что алкогольной зависимости у женщин, часто сопутствуют аффективные нарушения в виде депрессий различного уровня. Клинические варианты депрессивных расстройств, у женщин, злоупотребляющих алкоголем, неоднозначны по своей структуре. Наиболее характерны атипизм,

незавершенность симптоматики. Кроме того, на клинику и течение сочетанной алкогольной зависимости и депрессий оказывают влияние такие факторы как стигматизация, психологические факторы в виде одиночества. Проведение психокоррекционной работы с данным контингентом больных должно быть поэтапным и комплексным, что способствует более структурированному подходу к процессу реабилитации женщин, страдающих алкоголизмом.

ВЫВОДЫ

1. Выявлены клинико – психопатологические особенности депрессивных расстройств, выделены 5 вариантов: апато – депрессивный, тревожно – депрессивный, астено – депрессивный, истеро – депрессивный и депрессивно – ипохондрический.
2. Было выявлено, что в группе одиноких женщин превалирует апато – депрессивный, а в группе замужних – истеро – депрессивный вариант аффективных нарушений.
3. Выделены 5 видов стигматизации: полоролевая, депривационная, общественно – бытовая, социально – трудовая и аутостигматизация.
4. Выявлен феномен «депрессивной анозогнозии». Было обнаружено, что каузальные составляющие «депрессивной анозогнозии» тесно связаны с «алкогольной анозогнозией» у обследованного контингента женщин. Выделены каузальные составляющие «депрессивной» и «алкогольной анозогнозии»: суперфициальная, когнитивная, перцептивная, сапплантинговая, комплаентная, стигматизационная.
5. При исследовании мотивационного фактора было выявлено, что инициальная мотивация – антифрустрационная, антианксиозная, релаксационная – с одинаковой частотой встречалась в двух группах. В группе одиноких женщин наиболее часто встречались антидепривационный и антидепрессивный мотивы, а в группе замужних – сексуально – стимулирующий, манипулятивно – адаптационный и коммуникативный мотивы.
6. Выработаны практические рекомендации проведения поэтапной «мишень – центрированной» психокоррекции в соответствии с выявленными анозогнозическими, депривационными, стигматизационными и фрустрационными мишенями.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. При лечении женщин, страдающих алкоголизмом, целесообразно осуществлять комплексный дифференцированный подход, учитывающий наличие частых депрессивных нарушений.
2. У женщин, страдающих алкоголизмом, необходимо проводить исследование структуры депрессивных расстройств, которые могут быть камуфлированы «депрессивной анозогнозией», «алкогольной анозогнозией», а также тревожным, апатическим, астеническим, истерическим и ипохондрическим фасадами.
3. В связи с выделенными анозогнозическими, депривационными, стигматизационными и фрустрационными мишенями проводить дифференцированную психокоррекционную работу при прохождении стационарного лечения данного контингента больных.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абусаттаров, М.М. О влиянии преморбидных характерологических особенностей личности на уровень снижения социально –трудовой адаптации при хроническом алкоголизме // Росс.психиатр.журн.— 2001. — №2. — С. 7 –9.
2. Авдеева Т.И. Клиника, психопатология и психофармакотерапия депрессий у лиц пожилого возраста. Диссертация ... канд мед.наук. - Москва, 2003. 153 с.
3. Агарков, Н.М., Минаков Н.М. Медико –социальные последствия женского алкоголизма // Актуальные вопросы научно –практической медицины. – Орел, 2002. – С. 158 –159.
4. Алкоголизм молодых женщин с девиантным поведением: социобиологическая проблема современности, возможности коррекции и психопрофилактики /Овчинников С.В., Цыганков Б.Д., Шамов С.А., Старкова И.В. // Наркология. – 2008. - №3.- С.67 –72.
5. Альтшулер В.Б. Алкоголизм. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2010. – 31 с.
6. Альтшулер В.Б. Клиника алкоголизма // Руководство по наркологии / Под ред. Н.Н. Иванца. – М., 2002. – Т. 1. – С. 203 –232.
7. Альтшулер В.Б. Патологическое влечение к алкоголю. – М., 1994.- 216 с.
8. Анохина И.П. Наследственная предрасположенность к злоупотреблению психоактивными веществами // Психиатр и психофармакотерапия. – 2001. – Т.3,№3. – С. 59-65.
9. Бакалдин С.В. Эмоциональные особенности переживания одиночества // Вестник Адыгейского Государственного Университета. – 2008. – Вып.5. - С. 229 –232.

- 10.Балашова Т.Н. Психологическая структура аффективных расстройств при алкоголизме: Автореф. дисс. ...канд. мед. наук. - Л., 1987. 22 с.
- 11.Баранова О.В. Алкогольная анозогнозия и ее преодоление в процессе лечения больных алкоголизмом: Дисс. ... канд. мед. наук – М., 2005. 222 с.
- 12.Белокрылов И.В., Даренский И.Д. Личностные и средовые факторы развития зависимости от психоактивных веществ//Руководство по наркологии. – М.: И.Д.Медпрактика, 2002. – Т.1. – С. 161–181.
- 13.Бойко Е.О. Качество жизни и социальное функционирование как критерий эффективности терапии // Вопросы наркологии. – 2008. – № 5. – С. 58–65.
- 14.Бойко Е.О. Особенности клинической картины и течения заболевания у больных с синдромом зависимости с различными показателями и качества жизни и социального функционирования // Кубанский научный медицинский вестник. – 2008. – № 5. – С. 15–20.
- 15.Бойко О.В. Гендерные аспекты психического здоровья // Вопросы психологии. – 2005. – №1. – С. 110–116.
- 16.Бокий И.В. Аффективные нарушения у больных алкоголизмом и вопросы терапии// В кн.: Аффективные нарушения при алкоголизме. –Л., 1983. - С.5–9.
- 17.Боков С.Н., Стукалова Л.А. О путях раннего выявления злоупотребляющих алкоголизмом женщин. Вопросы качества психиатрической, неврологической и наркологической помощи. - М., 1989. - С. 177–180.
- 18.Бохан Н. А., Анкудинова И. Э., Мандель А. И. Коморбидные формы алкоголизма у женщин. – Томск, 2013. – 182 с.
- 19.Бунькова К.М. Клиника и дифференцированная терапия депрессий невротического уровня: Дисс. ... канд.мед. наук. Москва, 2008. - 123 с.

- 20.Бурлаков А. Я., Пузиенко В. А. Алкоголизм у женщин со стойкими ремиссиями и с безремиссионным течением // Вопр. наркологии. — 1991. — № 3. — С. 16— 18.
- 21.Валентик Ю.В. Клиническая характеристика и терапия патологического влечения к алкоголю: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. - М. 1984.
- 22.Вассерман Л. И., Абабков В.А., Трифонова А.Е. Совладание со стрессом: теория и психодиагностика. - СПб.: Речь, 2010. -192 с.
- 23.Ваулин С.В. Суицидальное поведение и алкогольная зависимость // Дискуссионные вопросы наркологии: профилактика, лечение и реабилитация. – Материалы Российской конференции. – Иваново, 2005. – С.42 –44.
- 24.Вейн А. М. Стресс. Депрессия и психосоматические заболевания. - М.: Медицина, 2003. – 456 с.
- 25.Вельтищев Д.Ю. Клинико –патогенетические закономерности ситуационных расстройств депрессивного спектра: Автореф.дисс. ... докт.мед.наук . – М., 2000. – 40 с.
- 26.Винникова М.А. Современные психофармакологические методы лечения алкоголизма и наркоманий //Научная программа в рамках итоговой коллегии Минздрава России. –М., 2003. - С. 60.
- 27.Власова И.Б. Влияние микросоциальных факторов на формирование раннего алкоголизма у женщин // Пути предупреждения антиобщественного поведения. – М., 1987. – С. 751 – 757.
- 28.Вострокнутов Н.В. Семья и проблемы отклоняющего поведения в современном обществе // Вопросы наркологии Казахстана. – 2002. – ТомII.–№2. – С.56 –65.

29. Гаранян Н. Г. Депрессия и личность: обзор зарубежных исследований. Часть II // Социальная и клиническая психиатрия. - 2009. - №3. – С. 80 –91.
30. Гланц, С. Медико-биологическая статистика: пер. с англ. – М.: Практика, 1998. – 459 с.
31. Голенков А.В., Карышев П.Б., Козлов А.Б. Клинико – социальные особенности суицидентов с психическими и наркологическими заболеваниями // Психическое здоровье и безопасность в обществе: Научные материалы I национального конгресса по социальной психиатрии – М., 2004. – С.37 –38.
32. Гофман А.Г. Алкоголизм у женщин // Клиническая наркология. – М., 2003. – С. 54 – 58.
33. Гофман А.Г. Эндогенные депрессивные состояния и злоупотребление алкоголем // Вопросы наркологии. – 2014. – № 3. – С. 120–126.
34. Гофман А.Г., Азбарова А.А. Социально-психологические и медико-биологические особенности развития алкоголизма в гендерном аспекте // Наркология. - 2017. - №6. - С.59-78.
35. Гофман А.Г., Никифоров И.И. Проблема качества жизни у больных алкоголизмом в состоянии алкогольного абстинентного синдрома и в ремиссии // Социальная и клиническая психиатрия. – 2006. – № 2. – С. 25–30.
36. Гофман А.Г., Понизовский П.А. Состояние наркологической помощи в России в динамике с 1999 по 2003 гг. // Наркология. – 2005. – №1. – с. 30 – 33.
37. Гофман А.Г. Клиническая наркология. - М.: МИК –ЛОШ, 2003. – С. 90 – 165.

38. Громыко Д.И. Уровни мотивации к лечению и их зависимость от клинико – психологических характеристик больных алкоголизмом: Автореф. Дисс.... канд.мед.наук – СПб, 2002. – 22с.
39. Грязнов А.Н., Рогов М.Г. Социально – психологические особенности образа ч жизни алкоголиков. - Казань: Медицина, 2006. - 132 с.
40. Гудвин Д.У. Алкоголизм. – М.: ЗАО «Олимп Бизнес», 2002. – 240 с.
41. Гузиков Б.М., Мейроян А.А. Алкоголизм у женщин. – Л.: Медицина, 1988. – 224 с.
42. Действительно ли фатальная депрессия в позднем возрасте свойственна только людям, испытывающим чувство одиночества? Stek M.L., Vinkers D.J., Beekman A.T.F., Vander Mast R.C., Westerndorf R.G.J. / Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. – 2005. – Т.105. -№6. – С.79.
43. Диденко М.Н. Самооценка и саморегуляция у лиц, страдающих хроническим алкоголизмом // Вестник сибирской академии права, экономики и управления. – 2011. - №3(4). – С. 44 –47.
44. Дубатова И.В. Особенности клинического течения алкоголизма у женщин // Современные принципы терапии и реабилитации психических больных. - М., 2006. – С. 295 –297.
45. Дубицкая Е.А. Стигматизация больных депрессией: Автореф. дис. ... кан.мед.наук.- Самара, 2009 . - 263 с.
46. Егоров А.Ю. Особенности алкоголизма в пубертатном и постпубертатном возрасте // Материалы Конгресса по детской психиатрии. – М.: Росинекс, 2001. – С. 57.
47. Егоров А.Ю., Шайдукова Л.К. Современные особенности алкоголизма у женщин: возрастной аспект// Наркология. – 2005. – №9. – С. 49 – 55.

- 48.Ерофеева П. А. Стигматизация алкогольной и наркотической зависимости: параметры и последствия // The Journal of Social Policy Studies. 2016; 14(3): 377 –392.
- 49.Ерышев О.Ф., Рыбакова Т.Г., Шабанов П.Д. Алкогольная зависимость: формирование, течение, противорецидивная терапия.— СПб.: ЭЛБИ –СПб, 2002.—192 с.
- 50.Ерышев О.Ф., Рыбакова Т.Г., Балашова Т.Н. Клинико-психологические особенности ремиссий при алкоголизме. В кн.: Психологические исследования и психотерапия в наркологии. - Л., 1989. - С. 16-32.
- 51.Жданко С.Г., Кирпиченко Ан. А. К вопросу о суицидах женщин с алкогольной зависимостью //Фундаментальные науки и достижения клинической медицины и фармации: Тезисы докладов 57 –й научной сессии ВГМУ.–Витебск, 2002.– 6С.165 –166.
- 52.Жук А.Н. Производство женского алкоголизма в медико –психиатрическом дискурсе // Журнал исследований социальной политики. – 2009. - 7 (3). – С. 327–348.
- 53.Заворотных Е.Н. Особенности взаимосвязи одиночества и депрессии // Вестник Санкт-Петербургского университета. Серия 12. Психология. Социология. Педагогика. – 2008. - №2. – С. 286-293.
- 54.Зенченко Е.И., Игонин А.Л. О динамике критического отношения к заболеванию у больных хроническим алкоголизмом в процессе групповой психотерапии // В сб.: Алкоголизм (клинико – терапевтический, патогенетический и судебно – психиатрический аспекты). - М.,1981. – С.99 –107.
- 55.Зинько Е.В. Особенности устойчивой и неустойчивой самооценки // Вестник МГУ. Серия 14. Психология. – 2005. – №3. – С. 35 –47.

- 56.Иванец Н.Н. Границы и классификации наркологических заболеваний // Лекции по наркологии. – М.: Медпрактика, 2001. – С. 47 – 76.
- 57.Иванец Н.Н. Симптомы и синдромы при алкоголизме // Лекции по наркологии. — М.: Нолидж, 2000. — С. 76—90.
- 58.Иванец Н.Н. Современные проблемы наркологии // Наркология. – 2002. – № 2. – С. 2 – 7.
- 59.Иванец Н.Н., Игонин А.Л. Взаимосвязь показателей прогрессивности алкоголизма с некоторыми преморбидными факторами // Журнал невропатологии и психиатрии. — 1983. –№ 8. — С. 1222—1228.
- 60.Иванец Н.Н., Игонин А.Л. Клиника алкоголизма / В кн.: Алкоголизм. Руководство для врачей. - М., 1983. – С. 75 –138.
- 61.Ильин Е.П. Психология общения и межличностных отношений. - СПб.:Питер, 2013. – 576 с.
- 62.Использование ламиктала (ламотриджина) в терапии больных с алкогольной зависимостью: результаты сравнительного исследования / Винникова М.А., Агибалова Т.В., Гуревич Г.Л., Мищенко Л.В. - Психиатрия и психофармакотерапия. -2004. - Том 6, № 5. – С. 245-248.
- 63.Качаев А.К. Некоторые клинико –статистические данные об алкогольной отягощенности в семьях больных хроническим алкоголизмом / В кн.: Патогенез и клиника алкогольных заболеваний. –М 1970. – С. 57 –59.
- 64.Качаева М.А., Русина В.В. Влияние социальных факторов на агрессивное криминальное поведение женщин с синдромом зависимости от алкоголя // Наркология. - 2009. - №5. – С. 51 –55.
- 65.Кесельман Л.Е., Мацкевич М.Г. Социальное пространство наркотизма. – СПб.: Медпресса, 2001. – 268 с.

- 66.Кибитов А.О. Семейная отягощенность по наркологическим заболеваниям: биологические, генетические и клинические характеристики // Социальная и клиническая психиатрия. – 2015. - №1. - С.98 –104.
- 67.Кинкулькина М.А. Депрессии при различных психических заболеваниях: Диссертация ...канд мед. Наук. - Москва, 2007. - 297 с.
- 68.Кирпиченко А.А. Некоторые социально – психологические проблемы у женщин с алкогольной зависимостью // Рос.психиатр.журн. – 2003. – №1. – С. 63 – 65.
- 69.Кисель Н.И. Ассоциированные формы алкоголизма у женщин (психиатрическая коморбидность, клиническая динамика, реабилитация): Диссертация ... канд. мед.наук. – Томск, 2011. 253 с.
- 70.Клименко Т.В., Кирпиченко А. А. Клинико –психологическая характеристика свойств личности мужчин и женщин с алкогольной зависимостью // Наркология. –2007. – №6. – С. 65 –67.
- 71.Клименко Т.В., Кирпиченко А.А. Алкогольная зависимость у женщин с разными формами социального функционирования: Монография. – М.: ФГУ “ГНЦССП им. В.П. Сербского” Минздравсоцразвития России, 2011. – 292 с.
- 72.Клинические и социально –психологические особенности алкоголизма у женщин с наследственной отягощенностью наркологическими и другими психическими расстройствам / Овдиенко В.Б., Вешнева С.А.,Бисалиев Р.В., Куликов С.В.,Неклюдова В.Д.// Вопросы наркологии. – 2013. – N 5. – С.3 – 10.
- 73.Клочкова Л.В. Клинико – психологическое исследование особенностей формирования внутренней картины болезни у больных алкоголизмом //Психологические исследования и психотерапия в наркологии: Сб. науч. тр. – Л., 1989. – С.49 –53.

- 74.Князева Т.М., Шапиро Ю.Г. Социоклинический анализ женского алкоголизма // Вопросы наркологии. – 2006. – №3. – С. 43 –48.
- 75.Ковалев А.А., Валентик Ю.В. Особенности клинических проявлений пивного алкоголизма // Материалы XIV съезда психиатров России. – М., 2005. – С.334.
- 76.Козлов А.И. Потребление алкоголя и связанные с алкоголем проблемы укоренного населения Севера России // Наркология. – 2006. – №10. – С.22–29.
- 77.Козлов А.И., Вершубская Г.Г. Влияние «модернизации» на здоровье аборигенов Севера России. // Научные труды МНЭПУ. Выпуск 1. – М.:Изд-во МНЭПУ, 2001. – С. 237 –243.
- 78.Колпаков Я.В. Структура и уровень мотивации на лечение у женщин, зависимых от алкоголя: Автореф. дисс. ... канд.психол.наук. - Москва, 2010. - 26с.
- 79.Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В., Мухомедзянов Х.М. Транскультуральная парадигма в психиатрии и этнокультуральные аспекты алкогольного поведения у сибирских татар // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2000. – №1. – С.47 –48.
- 80.Короленко Ц.П., Шпикс Т.А. Алкогольные аддикции у женщин // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. - 2011. - №1. - С.38 –41.
- 81.Кошкина Е. А., Борисова Е. В. Государственная политика противодействия употреблению психоактивных веществ и организация наркологической помощи в РФ // Вопросы наркологии. – 2011. – № 4. – С. 32–36.
- 82.Кошкина Е.А., Киржанова В.В., Сидорюк О.В. Распространенность наркологических расстройств в России в 2003 –2004 годах. –М.: ННЦ наркологии, 2005. –84 с.

- 83.Кравченко С.Л. Алкогольная денрадация у женщин с разной прогредиентностью и давностью алкоголизма // Вопр.наркологии. – 2002. – №6. – С. 18 –25.
- 84.Кравченко С.Л. Прогредиентность алкоголизма у женщин: количественная оценка, определяющие факторы и корреляции // Наркология. - 2002. - № 10. - С. 19 –25.
- 85.Краснов В.Н. Расстройства аффективного спектра. М.: Практическая медицина, 2010. –С. 47 –48.
- 86.Крупницкий Е.М., Ерышев О.Ф., Фролова Н.Н. Клинико –психологические характеристики феномена одиночного пьянства: пособие для врачей.- СПб, 2007. - 28с.
- 87.Крылов Е.Н. Депрессивные расстройства в клинике алкоголизма: Авторефю дисс. ... докт. мед. наук. - М., 2004. - 35 с.
- 88.Курьянова Н.Н, Сердюков А.Г. Медико –социальные аспекты женского алкоголизма. – Астрахань: Изд –во АГМА, 2002. – 215с.
- 89.Курьянова Н.Н. О формировании алкоголизма у женщин Астрахани // Вопросы наркологии. – 2005. - №6. - С 68 –72.
- 90.Курьянова Н.Н. Сопутствующие заболевания у женщин, больных хроническим алкоголизмом // Вестн. СПбГМА. –2004. – № 3. - С. 112 –113.
- 91.Летникова З.В. Анализ факторов развития депрессивных расстройств у лиц позднего возраста в условиях одиночества // Социальная и клиническая психиатрия. - 2006. - №3.- С. 17 –21.
- 92.Липай, Т. П., Мамедов А.К. Социальная стигматизация: социокультурные аспекты // Труд и социальные отношения. – 2008. – № 11. – С. 43–52.
- 93.Локтева А.В. Психологические факторы зависимого поведения подростков. Материалы международной научно –практической конференции. Рисунок в

изменяющейся социальной реальности: проблема прогнозирования и управления. - Белгород, 2015г. - С. 486 –489.

- 94.Мазурова Л.В. Особенности психологической защиты и копинг –стратегий у женщин с алкогольной зависимостью и созависимостью: Диссертация ... канд. психол. наук. – Томск, 2009. -184с.
- 95.Майленова Ф. Г. Два лика одиночества. URL: <http://hpsy.ru/public/x968.htm> (дата обращения: 08.09.2017).
- 96.Матеев Д.А. Феномен одиночества и проблема нарушения коммуникации: монография Новосибирск. Издательство «СИБ – ПРИНТ». - 2012. - 183с.
- 97.Махова Т.А. Особенности когнитивной самооценки больных алкоголизмом // Теоретические и клинические проблемы современной психиатрии, и наркологии. – М., 1986. – С.153 –155.
98. Медико –социальные последствия злоупотребления алкоголем городских женщин // Учебное пособие/ Курьянова Н.Н., Сердюков А.Г., Джувалыков Г.П., Великанова Л.П. - Астрахань, 2006. – 81 с.
- 99.Меллер –Леймкюллер А.М. Стресс в обществе и расстройства, связанные со стрессом, в аспекте гендерных различий// Соц. и клинич.психиатрия. – 2004. – №4. – С. 5 –11.
100. Менделевич В.Д. Наркозависимость и коморбидные расстройства поведения (психологические и психопатологические аспекты). М.: МЕДпресс –информ, 2003. – 328 с.
101. Меринов А.В. Супружеские аспекты аутоагрессивного поведения в семьях больных хроническим алкоголизмом // Рос.психиатр.журн. – 2002. – № 3. – С. 58 – 61.

102. МКБ-10 / ICD-10. Психические расстройства и расстройства поведения (F00 F09) / (Класс V МКБ-10, адаптированный для использования в Российской Федерации). — М.,1998. - 360 с.
103. Можаров Н.С. Особенности самосознания больных, страдающих алкоголизмом// Неврологический вестник. - 2013. —№ 4. — С.81 —83.
104. Морозов Г.В., Анохина И.П. Этиология и патогенез алкоголизма / В кн.:Алкоголизм; Руководство для врачей. - М., 1983. — С.210 —224.
105. Москаленко В.Д., Ванюков М.М. Алкоголизм и наследственность: Клинико —генетический аспект// Молекул, генетика. — 1987. —№ 2. — С. 7 — 12.
106. Москаленко В.Д., Шибакова Т.Л. Аддиктивное поведение в семьях больных алкоголизмом // Наркология. — 2003. —№ 9. — С. 14 — 17.
107. Мухиярова, Е. Н. Переживание одиночества в зрелом возрасте: гендерный аспект: Диссертация ... канд.психол.наук. — Спб, 2006. - 192 с.
108. Нелидов А.Л. О сознании болезни при алкоголизме и индивидуализация рациональной психотерапии в условиях принудительного лечения // В кн.:Четвертый Всероссийский съезд невропатологов и психиатров. — М., 1980. — С.212 —215.
109. Николкина Ю.А. Влияние социально —демографических факторов на клинические проявления алкогольной зависимости у женщин: Автореф. дисс. ... канд.мед.наук. — Спб, 2013. -164 с.
110. Новейший философский словарь / сост. А. А. Грицанов. 3 —е изд., испр. - Минск, 2003. - 1280 с.
111. О единстве биологических механизмов индивидуальной предрасположенности к злоупотреблению различными психоактивными

- веществами /Анохина И.П., Веретинская А.Г., Васильева Г.Н., Овчинников И.В. // Физиол. человека. 2000. – Т. 26, № 6. – С. 74 – 81.
112. Ойфе И.А. Злоупотребление алкоголем и эндогенные депрессии: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук, - М., 1990.
113. Основные показатели деятельности наркологической службы в 2011 году / Кошкина Е.А., Киржанова В.В. Сидорюк О.В., Ванисова Н.Г., Гриогрова Н.И., Бобков Е.Н. – М., 2012. – 38 с.
114. Павленко Ю. В. Социально –психологические и клинико – психопатологические особенности женского алкоголизма // Тезисы студенческой научной конференции, посвященной 100 –летию Р. А. Вясенева. - Казань, 2000. – С. 98.
115. Панин Л.Е., Соколов В.П. Психосоматические взаимоотношения при хроническом эмоциональном напряжении. – Новосибирск: Наука. – 1981. – 177 с.
116. Пелипас В. Е. Этические проблемы практической наркологии // Вопр.наркологии. – 1998. – № 1. – С. 75 – 94.
117. Познанский А.С. Внутренняя картина болезни при хроническом алкоголизме // В кн.: Третий Всероссийский съезд невропатологов и психиатров. – М., 1974. – Т2. – С.267 –269.
118. Позняк В.Б. Алкоголизм у женщин: клинико –генетические аспекты :Автореф. дис....канд. мед. наук. – М., 1991.
119. Понизовским П.А. Причины обращения за наркологической помощью на ранних этапах алкогольной зависимости //16 съезд психиатров России всероссийская науч. –практич. конфер с международным участием Психиатрия на этапах реформ:проблемы и перспективы. – Казань, 2015. - С.420 –421.

120. Пузиенко В.А. Об аффективной патологии у женщин, больных алкоголизмом // Вопр. наркологии. - 1989. - № 1. - С. 22-25.
121. Пятов М.Г., Шумский Н.Г. Алкоголизм у пожилых людей. - М., Медицина, 1983. - С. 185 –188.
122. Распространенность потребления алкоголя во время беременности и фетального алкогольного спектра нарушений (ФАСН) в России / Ялтонская А. В., Ялтонский В. М., Колпаков Я.В., Абросимов И.Н. и др//.Тез.конф. « Мир аддикций: химические и нехимические зависимости, ассоциированные психические расстройства». – СПб, 2012. – С. 153.
123. Реброва О.Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ Statistica. - М.: МедиаСфера, 2002.
124. Рогова Е. Е. Одиночество в условиях современного общества : Диссертация ... канд. филос. наук. - Краснодар, 2012.- 297 с.
125. Рожнова Т.М. Типы супружеских взаимоотношений и личностные характеристики супругов в семьях больных алкоголизмом мужчин // Военно –медицинский журнал. – 2007. – №2. – С. 28–31.
126. Рожнова Т.М., Асанов А.Ю. Психогенетические проблемы созависимости. постановка проблемы // Наркология. – 2010. – № 7 (103). – С. 84 – 90.
127. Романова Н. П., Осинский И. И. Одинокие женщины: потребности, жизненные ориентации и пути их реализации. - Чита: Изд –во ЧитГТУ, 2000. - 231 с.
128. Романова Н.П. Социальный статус одиноких женщин в современном российском обществе: теоретико –методологический анализ: Диссертация... докт. соц. наук. – Улан – Удэ. -2006. – 322 с.

129. Роналд Т. Поттер–Эфрон. Стыд, вина и алкоголизм: Клиническая практика. – М.: Институт общегуманитарных исследований, 2002. - 416 с.
130. Рубинштейн С. Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт их применения в клинике. — М., 1970.
131. Рыбакова Ю.В. Алкогольная анозогнозия: методика оценки и взаимосвязь с клиническими и психосоциальными характеристиками больных: Диссертация ...канд.мед.наук. – Спб.,2012. - 159с.
132. Семке В.Я., Бохан Н.А., Мандель А.И. Клинико –динамический подход к систематике аддикций // Наркология. – 2005. – №12. – С. 30 – 36.
133. Сиволап Ю.П., Савченков В.А. Злоупотребление алкоголем и депрессия // Наркология. - 2012. - №5. - С. 79 –82.
134. Сидоров П.И., Митюхляев А.В. Ранний алкоголизм. — Архангельск: АГМА, 1999. — 306 с.
135. Смирнов О. Г. Состояние самосознания больных и его влияние на эффективность лечебно –профилактических мероприятий при алкоголизме. Автореф. дис. ...канд. мед. наук.- Новосибирск, 1987. - 24 с.
136. Собчик Л.Н. Пособие по применению психологической методики ММРІ. – М., 1971. – 63с.
137. Собчик Л.Н. СМІЛ. Стандартизированный многофакторный метод исследования личности. – СПб.: Речь, 2003. – 219 с.
138. Сонник Г.С. Алкоголизм и аффективные расстройства у женщин / В кн.: Актуальные вопросы наркологии. - Харьков, 1985. - С. 146 –148.
139. Сорокина Т.Т. Генетические аспекты алкоголизма (к вопросу об обусловленности деления психических заболеваний на эндогенные и экзогенные) //Журн. Невропатол. и психиатр.- 1987. - Вып.4. - С. 612 –616 .

140. Сосин И.К., Чуев Ю.Ф. Наркология.— Харьков: Коллегиум, 2005.— 799с.
141. Софронов А.Г., Николкина Ю.А. Социально –демографические, клинические характеристики женщин страдающих алкогольной зависимостью, находящихся на динамическом наблюдении в наркологическом диспансере // Наркология. – 2011. – №12. – С. 46 –51.
142. Сочетание алкогольной зависимости и депрессивных расстройств / Николишин А.Е., Гофман А.Г., Немкова т.И., Кибитов А.О. //Вопросы наркологии. – 2015. - №5. - С. 66 – 78.
143. Тимонин В.Н. Некоторые психосоциальные особенности формирования алкоголизма у женщин / В.Н.Тимонин, И.М.Волоскова, Н.Ю. Потрываева // Теория и практика современной психологии: тенденции, перспективы. – Тверь, 2006. – С.348 –352.
144. Тихонов Г.М. Феномен одиночества: гендерный аспект // Вестник Пермского университета. Философия. Психология. Социология. - 2015. - Вып. 1(21). - С. 26 –31.
145. Тювина Н.А. Депрессия у женщин. М.: Кафедра психиатрии и медицинской психоневрологии ММА им. И.М.Сеченова, 2003. – С. 32 – 62.
146. Ураков И.Г., Рохлина М.Л. Роль аффективной патологии в патогенезе хронического алкоголизма / В кн.: Аффективные нарушения при алкоголизме. - Л., 1983; с. 13-17.
147. Ураков И.Т., Власова И.Б. Возрастные аспекты начального этапа формирования женского алкоголизма / / Клинические аспекты алкоголизма в подростковом возрасте. — М., 1982. — С. 51—53.
148. Федорова С.С. Гендерные особенности формирования алкогольной зависимости у лиц с коморбидными тревожными и депрессивными

расстройствами // Неврологический вестник. – 2014. – Т. XLVI, вып.1.- С. 38 –40.

149. Фомин А.А., Протопопова К.В., Корчагина Ю.В. Проблема стигматизации наркологических пациентов. Актуальные проблемы медицины в России и за рубежом / сборник научных трудов по итогам международной научно –практической конференции. - Новосибирск, 2016. - №3. - С. 136 –138.
150. Хафизьянова Р. Х., Бурыкин И. М., Алеева Г. Н Математическая статистика в экспериментальной и клинической фармакологии: монография. Казань: Медицина; 2006.
151. Цыганков Б. Д., Шамов С. А., Старкова И. В. Алкоголизм молодых женщин с девиантным поведением (клинико –психологический, социальный и терапевтический аспекты) // Наркология. – 2008 – № 3 – С. 67—72.
152. Чирко В.В., Небаракова Т.П., Русинов А.В. Опыт применения леривона при лечении хронического алкоголизма/ В кн.:Антидепрессанты в терапии патологического влечения к психотропным веществам. - М., 2000. с.22-26.
153. Чубаркин, М. М.Семья как фактор, детерминирующий криминальное агрессивное поведение у женщин //Российский следователь. –2006. – № 11. – С.46 – 51.
154. Шайдукова Л.К. Алкоголизм у супругов и стабильность семьи // Казан.мед.журнал. – 1993. – №5. – С. 360 – 362.
155. Шайдукова Л.К. Гендерная наркология – Казань: Институт истории им.Ш.Марджани АН РТ, 2007. – 287с.
156. Шайдукова Л.К. Женский алкоголизм: периоды супружества и одиночества // Социальная и клиническая психиатрия – 1993. – №1. - С. 45 –48.

157. Шайдукова Л.К. Женский и супружеский алкоголизм. Актуальные проблемы наркологии – Казань: Изд.дом «Мир без границ», – 2006. – 176с.
158. Шайдукова Л.К. Клинические особенности раннего женского алкоголизма // Обозрение психиатрии и мед.психологии им. В.М.Бехтерева – 1994. - №1. - С. 95 –98.
159. Шайдукова Л.К. Некоторые особенности проблематики алкоголизма у женщин // Социальная и клиническая психиатрия. – 1997. - №2. - С. 129 – 141.
160. Шайдукова Л.К. Особенности формирования и течения алкоголизма у женщин: Автореф. дисс. ... докт мед наук. - М., 1996. - 29с.
161. Шайдукова Л.К. Супружеский алкоголизм: типы семей и мотивы совместного употребления алкоголя //Обозрение психиатрии и мед.психологии им. В.М.Бехтерева – 1992. – № 4. – С.106 –108.
162. Шайдукова Л.К. Феномен стигматизации в наркологической практике // Казанский медицинский журнал. – 2005. – № 1. – С. 55–59.
163. Шелехов И.Л., Федчишина Е.С. Внутриличностный конфликт и одиночество// Вестник ТГПУ. - 2013. - 6(134). - С. 164 –169.
164. Шиллер Л.И. Особенности делинквентного поведения женщин в условиях современного российского общества:Автореф. дисс.... канд.соц.н. – Улан –Удэ, 2003 – 148 с.
165. Шитова Н. В. Социально –психологические особенности одиноких женщин: Диссертация ... канд. психол. наук. - Воронеж, 2009. - 186 с.
166. Шпаков А. В., Кривулин Е. Н., Власов А. А. Этнокультуральный анализ клинической симптоматики алкогольного абстинентного синдрома и алкогольных психозов при женском алкоголизме // Клин.и реабил. асп.

экзогенно –орган. патологии головного мозга. – Томск; Кемерово, 2006. – С.227—229.

167. Шпаков А.В. Клинические и социально –психологические особенности женского алкоголизма в этнических популяциях Южного Урала: Автореф.дисс.... канд.мед.наук. –Томск, 2006. – 190с.
168. Шумский Н.Г. Алкоголизм у женщин / В кн.:Алкоголизм:Руководство для врачей. - М., 1983. - С. 162 –76.
169. Щеголева Т.М. Содержание и динамика нравственных представлений у девочек правонарушительниц и их коррекция в условиях спец. Профтехучилища: Автореф. ...канд.психол.наук. – Л., 1988.
170. Этнокультуральный аспект психотических форм женского алкоголизма / Е. Н. Кривулин, Н. А. Бохан, А. Х. Мингазов, А. А. Власов, Н. В. Юркина, И. Ю. Бочкарева // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2012. – № 3. – С. 81—84.
171. Эффективность феварина (флувоксамина) в терапии алкогольной зависимости: результаты сравнительного клинико –катамнестического исследования /Иванец Н.Н., Винникова М.А., Мохначев СО., Гуревич Г.Л. //Вопросы наркологии. – 2007. - № 2. – С. 12 –20.
172. Яблокова Е.Ю. Психологические и социально –демографические факторы переживания одиночества студентами: методический аспект// Вестник Красноярского государственного педагогического университета им. В.П. Астафьева. – 2009. №2. – С. 116-122.
173. Янушко П.С., Гущина О.В.Исследование аффективных расстройств у пациентов с алкогольной зависимостью Бюллетень медицинских Интернет-конференций (ISSN 2224-6150). - 2014. -Том 4. № 4. - 381 с.
174. A population –based twin study of alcoholism in women. Kendler KS, Heath AC, Neale MC, Kessler RC, Eaves LJ. JAMA. 1992; 268:1877–1882.

175. Acamprosate for alcohol dependence. Rosner S., Hackl – Herrwerth A., Leucht S., Leher P., Vecchi S., Soyka M. Sao Paulo Med. J. 2010; 128 (6): 379.
176. Acker, C.J. Stigma or legitimation? A Historical Examination of the Social Potentials pf Addiction Disease Models. Journal of Psychoactive Drugs. 1993;25 (3): 193 – 205.
177. Alcoholism and Depression in Adopted –out Daughters of Alcoholics. Goodwin D.W., Schulsinger F., Knop J., Mednick S., Guze S. B. – Arch.gen. Psychiat., 1977;34(7):751 –760.
178. Alcoholism: low standing with the public? Attitudes towards spending financial resources on medical care and research on alcoholism. Beck M, Dietrich S., Matschinger H., Angermeyer M. Alcohol. 2003;38 (6):602 –605.
179. Angove R, Fothergill A. Women and alcohol: misrepresented and misunderstoodJ Psychiatr Ment Health Nurs. 2003;10(2):213 –9.
180. Anxiety and depression in the general population over 60 years old. SchwarzR, GunzelmannT, HinzA, BrahlerE. Dtsch Med Wochenschr 2001; 126:611 –5.
181. Arthur Crisp. Склонность стигматизировать British Journal of Psychiatry 2001; 178; 197 –199.
182. Bendtsen P., Lejman Dahlström M., Bjurulf P. Sociodemographic gender differences in patients attending community –based alcohol treatment center. Addictive Behaviors. 2002; 27: 21 –33.
183. Bernardi M. Correlates of alcohol abuse/dependence in early –onset alcohol –using women. Am. J. Addict. 2011;20(5):429 –434.
184. Bohman M., Cloninger R., Sigvardsson S. e tal. Childhood Psychopathology and Development. Eds. S.B. Guze, FJ. Earls, J.E. Barret. New York, 1983;265 –278.

185. Bolton J.M., Belik S.L., Enns M.W., et al. Exploring the correlates of suicide attempts among individuals with major depressive disorder: findings from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *J –Clin – Psychiatry*. 2008; 69 (7): 1139 –1149.
186. Brickman P. Adaption level determinants of satisfaction with equal and unequal outcome distributions in skill and chance situations. *J. of Person and Soc. Psychol*. 1975;32:191 –198 .
187. Brown S. Standardized Measures for Substance Use Stigma. *Drug and Alcohol Dependence*. 2011 161 (1–3):137–141.
188. Cahill L, Haier RJ, White NS, et al. Sex –related difference in amygdala activity during emotionally influenced memory storage. *Neurobiol Learn Mem*. 2001 Jan;75(1):1–9.
189. Cahill L, Uncapher M, Kilpatrick L, et al. Sex –related hemispheric lateralization of amygdala function in emotionally influenced memory: an FMRI investigation. *Learn Mem*. 2004 May –Jun;11(3):261–6.
190. Carol Gilligan. *In a Different Voice: Psychological Theory and Women's Development*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1982.
191. Carr G.D. Alcoholism : a modern look at an ancient illness. *Prim. Care*. 2011 Mar;38 (1):9 – 21.
192. Comings D.E., Blum K. Reward deficiency syndrome: genetic aspects of behavioral disorders. *Prog. Brain Res*. 2000;126: 325 – 341.
193. Crisp A.H. The tendency to stigmatise. *British Journal of Psychiatry*. 2001;178:197 – 199.
194. Cross –national epidemiology of major depression and bipolar disorder. Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, Faravelli C, Greenwald S, Hwu HG, Joyce PR, Karam EG, Lee CK, Lellouch J, Lepine JP, Newman SC, RubioStipec

- M, Wells JE, Wickramaratne PJ, Wittchen H, Yeh EK. JAMA. 1996 Jul 24 – 31; 276(4):293 –9.
195. Copeland J. J. of Substance Abuse Treatment. 1997; 14:183 – 190.
 196. Dalhgren L. Female alcoholics. III. Development and pattern of problem drinking. Actapsychiat. Scand. 1978;4:325 –335.
 197. Daniel W.Russell. Одиночество и социальные нейронауки. World Psychiatry. 2014;13(2); 150 –151.
 198. Davidson K.M. Diagnosis of depression in alcohol dependence: changes in prevalence with drinking status. Br. J. Psychiatry. 1995; 166:199— 204.
 199. Dawson, D. A. Drinking patterns among individuals with and without DSM –IV alcohol use disorders. Journal of Studies on Alcohol. 2000; 61(1):111 –120.
 200. Double blind clinical trial of sertraline treatment for alcohol dependence. Pettinati H.M., Volpicelli J.R., Luck G., Kranzler H.R., Rukstalis M.R.,Cnaan A. J. Clin. Psychopharmacol. 2001. Apr.; 21 (2): 143-53.
 201. Drug –abusing offenders with co –morbid mental disorders: gender differences in problem severity, treatment participation, and recidivism. Du J., Huang D., Zhao M., Hser Y.I... Biomed Environ Sci.2013; 26(1):32 –39.
 202. Dubini A, Mannheimer R, Pancheri P. Depression in the community: results of the first Italian survey. International Clinical Psychopharmacology 2001;16:49 –53.
 203. Echeburua E., Bravo de Me dina R., Aizpiri J. Alcohol ism and personality disorders: An ex ploratory study. Alcohol and Alcoholism. 2005; 40:323—326.
 204. EnochM. –A., GoldmanD. Molecular and cellular genetics of alcohol addiction. Neuro psychopharmacology: The Fifth Generation of Progress. 2000; 99:1413– 1425.

205. Factors predicting the onset of adolescent drinking in families at high risk for developing alcoholism. Hill SY, Shen S, Lowers L, Locke J. *Biol Psychiatry*. 2000 Aug 15; 48(4):265 –75.
206. Frederick X. Gibbons and Meg Gerrard. Effects of Upward and Downward Social Comparison on Mood States. *Journal of Social and Clinical Psychology*. 1989; 8(1): 14 –31.
207. Frye M.A., Salloum I.M. Bipolar disorder and comorbid alcoholism: prevalence rate and treatment considerations. *Bipolar Disord*. 2006 Dec.; 8(6):677 –685.
208. Geriatric Depression Scale Scores in a representative sample of 14 545 people aged 75 and over in the United Kingdom: results from the MRC Trial of Assessment and Management of Older People in the Community. Osborn DP, Fletcher AE, Smeeth L, Stirling S, Nunes M, Breeze E, SiuWoon E, Bulpitt CJ, Jones D, Tulloch A. *Int J Geriatr Psychiatry* 2002 Apr;17(4):375 –82.
209. Good CD, Johnsrude I, Ashburner J, et al. Cerebral asymmetry and the effects of sex and handedness on brain structure: a voxel –based morphometric analysis of 465 normal adult human brains. *Neuroimage*. 2001 Sep;14(3):685–700.
210. Goodwin D.W. Studies of familial alcoholism: A review. *J. Clin. Psychiat*. 1984; 45(12):14 –17.
211. Greenwood J. Substance misuse in older people. *Geriatric Medicine*. 2000:45 – 47.
212. Gur RC, Mozley LH, Mozley PD, et al. Sex differences in regional cerebral glucose metabolism during a resting state. *Science*. 1995 Jan 27;267(5197):528–31.
213. Gomberg E.S. Shame and guilt issue among women alcoholics. *ALcohol Treatm. quart*. 1987; 4(2):139 – 155.

214. Haighighat, R. A unitary theory of stigmatization: pursuit of self –interest and routes to destigmatization. *British Journal of Psychiatry*. 2001; 178: 207 – 215.
215. Hallman J., Persson M., Klinteberg B. Female alcoholism: differences between female alcoholics with and without a history of additional substance misuse. *Alcohol Alcohol*. 2001; 36 (6):564 –571.
216. Hanna E.Z., Faden V.B., Harford T.C. Marriage: does it protect young women from alcoholism? *J Subst Abuse*. 1993; 5(1): 1 –14.
217. Helzer E., Pryzbeck T.R. The cooccurrence of alcoholism with other psychiatric disorders in the general population and its impact of treatment. In: *Stud. Alcohol*. 1998; 49 (3): 219 –24.
218. Johnstone T, van Reekum CM, Urry HL, et al. Failure to regulate: counterproductive recruitment of top –down prefrontal –subcortical circuitry in major depression. *J Neurosci*. 2007 Aug 15; 27(33):8877–84.
219. King A.C., N.C. Bernardy, K. Haune Stressful events, personality, and mood disturbance: Gender differences in alcoholics and problem drinkers. *Addict Behav*. 2003; 28(1): 171 –187.
220. Kiveld S. L., Pahkala K. Clinician –rated symptoms and signs of depression in aged Finns. *Int. J. Soc. Psychiatry*. 1988; 34.
221. Kouimtsidis C., McCloud A. Psychiatry update: The stigma of substance and alcohol misuse. *Update* 22 March 2001; 380 – 382.
222. Kulesza M., Larimer M., Rao D. Substance Use Related Stigma: What We Know and The Way Forward. *Journal of Addictive Behaviors. Therapy & Rehabilitation*. 2013; 2 (2): 782–793.
223. Kushner M.G., Wall M.M. et al. Alcohol Dependence is Related to Overall Internalizing Psychopathology Load Rather than to Particular Internalizing

Disorders: Evidence from a National Sample // Alcoholism: Clinical and Experimental Research. 2012;36 (2):325 –331.

224. Latham R.W. Familial alcoholism: Evidence from 297 alcoholics. Brit. J. Psychiat. 1985;147 (7):54 –57.
225. Levis K.G., Moon S. Always single and single again: a qualitative study. S. Marital. Fam. Ther. 1997; 23: 115 –134.
226. Lichtermann D., Franke P., Maier W. et al. Pharmacogenomics and addiction to opiates Eur. J. Pharmacol. 2000; 410 (2 –3):269 – 279.
227. Limosin F., J.Ades Psychiatric and psychological aspects of premenstrual syndrome. Encephale. 2001;27 (6):501 –508.
228. Link, Phelan Conceptualizing Stigma. Annual review of sociology. 2001; 27: 363 –385.
229. Lowe A. The stigma attached to substance misuse. Practice Nurse. 2000; 19(9):436 – 44.
230. Macrae C.N., Bodenhausen G.V., Milne A.B. et al. J. of Person. and Soc. Psychol. 1994; 26:289 – 304.
231. Mann K., T. Hintz, M.Jung Does psychiatric comorbidity in alcohol – dependent patients affect treatment outcome? Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci. 2004; 254 (3): 172 –181 .
232. Marchesi C. La diagnosi di depressione in corso di alcolismo cronico: aspetti metodologici. - Acta Bio-Medica de l' "Ateneo Parmense". 1988; 59 (1-2):33-35.
233. Moss H.B., Lynch K.G. Comorbid disruptive behavior disorder and their relationship to adolescent alcohol use disorders. Drug and Alcohol Dependence. 2001; 64: 75 –83.

234. Nunnally J. Popular Conceptions of mental Health: Their development and change. N.Y.: Holt, Rinehart & Winston, 1961.
235. Okamoto T. Loneliness for alcoholic females. Jap. J. Alc. Stud. 1988; 23(1):18–25.
236. Patrick W. Corrigan, Jonathon E. Larson , and Nicolas Rusch .Self –stigma and the “why try” effect: impact on life goals and evidence –based practices World Psychiatry. 2009 Jun; 8(2): 75–81.
237. Pelphrey KA, Carter EJ. Brain mechanisms for social perception: lessons from autism and typical development. Ann N Y Acad Sci. 2008 Dec;1145:283–99. doi: 10.1196/annals.1416.007.
238. Peter Byrne Стигматизация психических заболеваний и пути ее преодоления. Advances in Psychiatric Treatment. 2000;6:65 –72.
239. Prescott CA, Aggen SH, Kendler KS. Sex differences in the sources of genetic liability to alcohol abuse and dependence in a population –based sample of U.S. twins. Alcohol Clin Exp Res. 1999;23:1136–1144.
240. Public attitudes towards psychiatric medication: a comparison between United States and Germany. Georg Schomerus, Herbert Matschinger, Sebastian E Baumeister, Ramin Mojtabai, and Matthias C Angermeyer World Psychiatry. 2014 Oct; 13(3): 320–321.
241. Quality of life in alcohol –dependent subjects – a review. Foster JH, Powell JE, Marshall EJ, Peters TJ. Qual Life Res. 1999 May;8(3):255 –61.
242. Response to alcohol in daughters of alcoholics: A pilot study and a comparison with sons of alcoholics. Schuckit M. A., Smith T. L., Kalmijn J., Tsuang J., Hesselbrock V., Bucholz K. Alcohol and Alcoholism. 2000; 35(3): 242—248.

243. Rich J.L., Byrne J.M. et al. Prevalence and correlates of depression among Australian women: a systematic literature review. *BMC Res Notes*. 2013; 6(1):424.
244. Ridlon, F. V. *A fallen angel: the status insularity of the female alcoholic*. F. V. Ridlon. – Lewisberg: Bucknell University Press, 1988.
245. Right amygdala volume in adolescent and young adult offspring from families at high risk for developing alcoholism. Hill SY¹, De Bellis MD, Keshavan MS, Lowers L, Shen S, Hall J, Pitts T. *Biol Psychiatry*. 2001 Jun 1;49(11):894 –905.
246. Robbins C. Sex differences in psychosocial consequences in alcohol and drug abuse / C. Robbins // *Health and Social Behavior*. 1989; 30(1):117 –130.
247. Roerecke M., Rehm J. Alcohol use disorders and mortality: a systematic review and meta –analysis. *Addiction*. 2013; 108 (9):1562 –1578.
248. Ronzani T.M., J. Higgins –Biddle, E. F. Furtado Stigmatization of alcohol and other drug users by primary care providers in Southeast Brazil *Social Science & Medicine*. 2009; 69 (7):1080–1084.
249. Rothhammer F., Rothhammer P., Llop E. Genetics of addictive disorders. *Rev. Med. Chil*. 2000;128(11):1279 – 1282.
250. Russell D. The UCLA Loneliness Scale (Version 3): Reliability, validity, and factor structure. *Journal of Personality Assessment*. 1996; 66: 20 –40.
251. Satre D. D., Mertens J. R., Weisner C., 2004 Gender differences in treatment outcomes for alcohol dependence among older adults. Satre DD, Mertens JR, Weisner C. *J Stud Alcohol*. 2004 Sep;65(5):638 –42.
252. Scambler, G. Stigma and disease: changing paradigms. *The Lancet*. 1998; 352(9133): 1054 – 1055.

253. Schomerus G., Holzinger A., Matschinger H. Et al. Public attitudes towards alcohol dependence. *Psychiatr. Prax.* 2010;37 (3): 111 –118.
254. Schomerus G., Matschinger H., Angermeyer M. Alcoholism: illness beliefs and resources allocation preferences of the public. *Dug Alcohol. Depend.* 2006; 20(82)(3): 204 –210.
255. Schomerus G, Matschinger H, Angermeyer MC Causal beliefs of the public and social acceptance of persons with mental illness: a comparative analysis of schizophrenia, depression and alcohol dependence. *Psychol Med.* 2014 Jan;44(2):303 –14. doi: 10.1017/S003329171300072X.
256. Schuckit M.A. Alcohol –use disorders. *Lancet* 2009; 373: 492–501.
257. Silverstein B. Gender difference in the prevalence of clinical depression: the role played by depression associated with somatic symptoms. *Am J Psychiatry.* 1999 Mar;156(3):480–482.
258. Slutske W.S. Evidence from a population –based longitudinal female twin study / W.S. Slutske, E.E. Hunt –Carter, R.E. Nabors –Oberg et al. *J. Abnorm. Psychol.* 2004; 113(4):530 –540.
259. Song H., Shin H., Kim Y. Perceived Stigma of Alcohol Dependency: Comparative Influence on Patients and Family Members. *Journal of Substance Use.* 2015; 20 (3): 155–161.
260. Stabenau J., Hesselbrok V. Family pedigree of alcoholic and control patients. *Int. J. Addict.* 1983; 18:351 –363.
261. Stevens J.S., Hamann S. Sex differences in brain activation to emotional stimuli: a metaanalysis of neuroimaging studies. *Neuropsychologia.* 2012 Jun;50(7):1578–93. doi:10.1016/j.neuropsychologia.2012.03.011. Epub 2012 Mar 17.

262. Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: systematic review. van Boekel L.C., Brouwers E.P., van Weeghel J, Garretsen H.F. *Drug Alcohol Depend.* 2013 Jul 1;131(1 –2):23 –35. doi:10.1016/j.drugalcdep.2013.02.018. Epub 2013 Mar 13.
263. Stigma predicts residential treatment length for substance use disorder Jason B. Luoma, PhD, Magdalena Kulesza, PhD, Steven C. Hayes, PhD, Barbara Kohlenberg, PhD, and Mary Larimer, PhD). *Am J Drug Alcohol Abuse.* 2014 May; 40(3): 206–212.
264. Substance use disorder comorbidity in major depressive disorder: a confirmatory analysis of the STAR*D cohort. Davis L.L., Frazier E., Husain M.M., Warden D., Trivedi M., Fava M., Cassano P., McGrath P.J., Balasubramani G.K., Wisniewski S.R., Rush A.J. *Am. J. Addict.* 2006. Jul. – Aug.; 15 (4): 278 – 85.
265. Svanum S., W.G. McAdoo. Parental alcoholism: an examination of male and female alcoholics in treatment. *J. Stud. Alcohol.* 1991; 52(2): 127 –132.
266. Thase M.E., Salloum I.M., Cornelius J.D. Comorbid alcoholism and depression: treatment issues. *Journal of Clinical Psychiatry.* 2001;62 (20): 32 – 41.
267. The alcoholic's perception of self: a retrospective comparison of mood and behavior during states of sobriety and intoxication.Tamerin J.S., Tolor A., Holson P., Neumann CP. *Ann N Y Acad Sci.* 1974;233:48 –60.
268. The life –time rates of three major mood disorders and four major anxiety disorders in alcoholics and controls. Schuckit M.A., Tipp J.E., Bucholz K.K., Nurnberger J.I., Hesselbrock V.M., Crowe R.R., Kramer J. *Addiction.*1997; 92:1289–1304.

269. The presence and clinical implications of depression in a community population of adults with epilepsy. Mensah S.A., Beavis J.M., Thapar A.K., Kerr M. *Epilepsy Behav.* 2006; 8(1): 213 – 219.
270. The Relationship Between Genetic Influences on Alcohol Dependence and on Patterns of Alcohol Consumption. Kenneth S. Kendler, John Myers, Danielle Dick, and Carol A. Prescott *Alcohol Clin Exp Res.* 2010 Jun; 34(6): 1058–1065.
271. The stigma of alcohol dependence compared with other mental disorders: A review of population studies. Schomerus G, Lucht M, Holzinger A, Matschinger H, Carta MG, Angermeyer MC. *Alcohol and Alcoholism.* 2011;46(2):105–112.
272. Turner B.J., McLellan A.T. Methodological challenges and limitations of research on alcohol consumption and effect on common clinical conditions: evidence from six systematic reviews. *J –Gen –Intern –Med.* 2009; 24 (10): 1156 –1160.
273. Wernicke's encephalopathy in chronic alcoholics. Thorarinsson B.L., Olafsson E., Kjartansson O., Blondal H.. *Laeknabladid*, 2011; 97 (1): 21 –29.
274. Wilsnack R.W., Cheloha R. Women's role and problem drinking across the lifespan. *Soc Problems.* 1987; 34: 231 –248.
275. Wood H.P., Duffu E.L. Psychological factors in alcoholic women. *Amer. J. Psychiatry.* 1966; 123: 341 –345.
276. Woody G. Dual Diagnosis. NIDA –Pavlov Medical University International Workshop "Pharmacotherapies For Addiction: Basic and Clinical Sciencet" (Abstracts/Slides). St. Peterburg, 2003.
277. Zimberg S. Alcohol problems in the elderly. *J. of Psychiatric Treatment and Evaluation.* 1983; 5: 515 –520.

Приложения

Приложение № 1. Определение стигматизации

1.Верите ли Вы в успех излечения ?
2.Считаете ли Вы, что если бы обстоятельства сложились иначе, то алкоголизма удалось бы избежать?
3.Возникает ли у Вас чувство вины перед близкими за свое пьянство?
4.Употребляете ли Вы алкоголь втайне от окружающих?
5.Бывают ли у Вас чувство повышенной ответственности перед окружающим?
6.Считаете ли Вы,что пьете в меру, можете контролировать выпитое?
7.Обращались ли Вы к терапевтам, кардиологам и другим специалистам после запоев или в состоянии похмелья?
8.Считаете ли Вы себя ниже других из –за злоупотребления алкоголем?
9.Возникают ли у Вас сомнения по поводу Вашей способности воздерживаться от алкоголя?
10.Бывают ли у вас состояния, когда Вы считаете себя недостойным?
11.Бывало ли так,что «назло»окружающим Вы проявляли неумеренную показную веселость и бравладу?
12. «Отрабатывали» ли Вы свое присунотрастие к алкоголю в период воздержания из –за чувства вины перед близкими и сотрудниками?
13.Возникают ли у вас ощущения стыда после периодов злоупотребления алкоголем?
14.Считаете ли Вы,что злоупотребление алкоголем возникло у Вас после измены супруга или других потрясений?
15.Думаете ли Вы в состоянии похмелья, что окружающие осуждают Вас?
16. Берете ли Вы дополнительную работу в периоды трезвости?
17.Как часто решение алкогольной проблемы Вы искали у врачей, знахарей и т.д.?
18.Скрывали ли Вы свое пьянство от окружающих?
19. Возлагаете ли Вы ответственность за свое употребление алкоголя на кого

–либо?
20. Испытываете ли Вы неловкость перед сотрудниками, родными, близкими после периодов пьянства?
21. Считаете ли Вы себя «безнадежно» больным(алкоголизмом)?
22. Как часто Вы употребляете алкоголь в одиночку из –за боязни осуждения?
23. Относитесь ли Вы к своему будущему с оптимизмом?
24. Считаете ли Вы, что окружающие сильно преувеличивают масштаб Ваших алкогольных проблем?
25. Как часто Вы укоряете себя за алкоголизацию?
26. Считаете ли Вы себя должником перед родными, близкими, сотрудниками?
27. Находите ли Вы оправдание своего злоупотребления алкоголем в трудных жизненных ситуациях?
28. Укоряете ли Вы себя за «срывы» воздержания?
29. Возникают ли у Вас мысли, что общество слишком жестоко и несправедливо относится к пьющим?
30. Считаете ли Вы виновными окружающих за срывы воздержания?
31. Обдумывали ли Вы, что другим «пьющим» живется легче, чем вам?
32. Стараетесь ли Вы активизировать свою деятельность в периоды трезвости, чтобы оправдаться перед окружающими?
33. Часто ли Вы проявляете такие качества как щедрость, душевность, повышенная заботливость в периоды трезвости, чтобы улучшить мнение о себе окружающих?
34. Считаете ли Вы, что злоупотребляющие алкоголем мужчины ценятся выше женщин с подобными же проблемами?
35. Существует ли такое мнение у общества, окружающих людей?
36. Бывает ли, что после алкогольных эксцессов Вы чувствуете себя «человеком второго сорта»?
37. Часто ли Вы общаетесь с «пьющими людьми» только потому, что не

испытываете неудобств в их компании?
38.Считаете ли Вы, что сами в состоянии справиться с злоупотреблением при благоприятных обстоятельствах?
39.Как часто Вы отказывались обсуждать с окружающими Ваши проблемы «из –за гордости»?
40.Считаете ли Вы, что пьете «не больше других – как все»?
41. Были ли у вас ситуации, когда Вы отказывались признать свое заболевание (алкоголизм) или преуменьшали его тяжесть из –за нежелания попасть в категорию «алкоголиков»?
42.Были ли у Вас такие ситуации, что Вам не хотелось рассказывать врачам о своем заболевании, чтобы не унижаться?
43. Доверяете ли Вы врачам?
44.Возникает ли у Вас пессимизм в отношении будущего?
45.Считаете ли Вы, что тяжелые стрессы, психотравмы сыграли немалую роль употреблении алкоголя?

Приложение № 2. Определение самооценки

Удачливая	_____	Неудачливая
Спокойная	_____	Возбудимая
Волевая	_____	Безвольная
Уступчивая	_____	Неуступчивая
Искренняя	_____	Неискренняя
Требовательная	_____	Лояльная
Эгоистичная	_____	Альтруистичная
Пассивная	_____	Активная
Ответственная	_____	Безответственная

Подозрительная	___	___	___	___	___	Доверчивая
Счастливая	___	___	___	___	___	Несчастливая
Обидчивая	___	___	___	___	___	Необидчивая
Общительная	___	___	___	___	___	Замкнутая
Малозаметная	___	___	___	___	___	Выделяющаяся
Привлекательная	___	___	___	___	___	Отталкивающая
Красивая	___	___	___	___	___	Некрасивая