

Особенности депрессии у одиноких женщин, злоупотребляющих алкоголем: значение «депрессивной анозогнозии» и стигматизации как мишеней психотерапии

ШАЙДУКОВА Л.К. д.м.н., профессор кафедры психиатрии с курсом психологии; e-mail: shaidukova@list.ru
ГАРЕЕВА Г.А. ординатор

ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Росздрава; Казань, ул. Волкова, 80

Клинико-психологическим и экспериментально-психопатологическим методами были выявлены специфические особенности депрессивных нарушений, варианты каузальных составляющих феномен «депрессивной анозогнозии», роль стигматизации, мишени психотерапии одиноких женщин, злоупотребляющих алкоголем.

Ключевые слова: депрессия, женский алкоголизм, одиночество, депрессивная анозогнозия, стигматизация

Введение

Число женщин, страдающих алкогольной зависимостью, значительно возросло при стойкой тенденции к снижению возрастного порога. 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, характеризуются многорольвыми функциями и определённым социальным статусом. В зарубежной литературе имеются работы по исследованию моделей «женщина — одиночество — депрессии»; «женщина — одиночество — алкоголизм — депрессии». Остаётся неясной последовательность этих явлений — одиночество ли порождает депрессию и реактивную алкоголизацию либо последние факторы являются причиной одиночества.

Аффективная патология в клинике женского алкоголизма занимает большее место, чем в клинике мужского. По данным разных авторов [15, 29], депрессией страдает до 17% населения, риск её развития в течение жизни достигает 16—17%. Частота коморбидной депрессии при алкогольной зависимости достигает 30% у мужчин и 60—70% у женщин [22]. Принято считать, что в паре «алкоголизм — депрессия» каждая из болезней удваивает риск развития другой, причём в большей степени доказано влияние первой из них на вторую [21]. Вместе с тем, в клинической практике депрессивные расстройства у женщин, злоупотребляющих алкоголем, выявляются реже, чем в исследованиях. Это связано с неоднозначностью, а порой неопределённостью 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 [1].

Этиология депрессивных расстройств у больных алкоголизмом поливариантна: большое значение имеют преморбидные нарушения в эмоциональной сфере депрессивного плана; немалую роль играют интоксикационно-абстинентные проявления при уже развившемся алкоголизме; нельзя не учитывать и влияние ситуационно-внешнесредового фактора — наличия психотравм, которых у пациентов наблюдается немало в процессе алкоголизации [2, 5, 9, 16]. В последние годы исследователи отмечают, что преморбидные аффективные нарушения в виде недиагностированной монополярной депрессии, протекающей в субдепрессивно-компенсированной форме, могут воздействовать на формирование вторичных коморбидных расстройств. К таковым относится хронический алкоголизм, в основе которого лежит скрытая депрессия. Риск развития алкогольной зависимости при биполярных аффективных расстройствах в 6—7 раз выше, чем в общей популяции, при этом у мужчин этот риск выше в 3 раза, а у женщин — в 7 раз [17]. Также порой недоучитываются пролонгированные депрессивные нарушения, возникшие в абстинентном и постабстинентном периодах и отражающиеся на гипотимной окраске последующей ремиссии. В этих случаях в основе подобных расстройств лежат органические поражения головного мозга интоксикационного генеза, резидуальная алкогольная энцефалопатия [4, 6, 10]. Наконец, внешнеситуационный фактор в виде психотравмирующего воздействия искажённого социума как результата злоупотребления алкоголем больными также является компонентом депрессивных расстройств,

и тогда можно говорить об их реактивном характере. При обследовании женщин, злоупотребляющих алкоголем и находящихся в ситуации одиночества, последний фактор особенно важен, так как наряду с преморбидным, интоксикационным компонентами психогенный играет ведущую роль.

Немалое значение имеет явление стигматизации женского алкоголизма — наложение «клейма» на женщин, злоупотребляющих алкоголем. К ним общественное мнение более сурово, поэтому у последних чаще проявляются специфические феномены, существенно влияющие на клинику заболевания: чувство вины и стыда, низкая самооценка, поздняя обращаемость за помощью, скрытое употребление алкоголя, склонность к одиночному пьянству и т.д. Вероятно, именно явлением стигматизации объясняется отсутствие явных социальных проблем у женщин — они реже попадают в медвытрезвитель, редко 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, скрыть от окружающих, а это приводит к латентному, скрытому течению алкоголизма.

Так, с феноменом стигматизации связано позднее обращение к врачам (большинство пациентов использовало нестандартные методы лечения, купировали алкогольную симптоматику в домашних условиях); активное сокрытие алкогольной симптоматики от окружающих, преуменьшение её тяжести, стремление «улучшить», замаскировать картину заболевания; «запрограммированность на неудачу» — постоянное ожидание отрицательного исхода любой деятельности; пессимистическая оценка своих возможностей; объяснение пьянства наличием психотравм; заниженная самооценка у женщин [17].

Анозогнозия — отрицание у себя заболевания — довольно распространённый феномен у больных алкоголизмом. Уровень анозогнозии во многом определяет прогноз заболевания, являясь предиктором как длительности ремиссий [3, 13, 27, 28, 33, 34], так и их качества [3, 14]. Выраженность и характеристики анозогнозии влияют на особенности и результативность психотерапевтических и реабилитационных программ [3, 8, 12], в связи с этим динамическая оценка анозогнозии является одним из важнейших аспектов лечебного процесса [11, 19, 30, 34]. Следует отметить, что аналогичный симптом наблюдается и при депрессии, особенно у женщин, злоупотребляющих алкоголем [17]. «Депрессивная анозогнозия» означает отрицание наличия депрессии.

Целью исследования было выявление специфических особенностей депрессивных нарушений, симптома

«депрессивной анозогнозии» и стигматизации у одиноких женщин, злоупотребляющих алкоголем.

В задачи исследования входило изучение каузальных составляющих феномена «депрессивной анозогнозии», выделение типов стигматизации, определение мишеней психотерапии для данного контингента больных.

Пациенты и методы

Объектом исследования послужили 102 одинокие женщины, злоупотребляющие алкоголем. Исследование проводилось клинико-психопатологическим и экспериментально-психологическим методами. База проведения исследования — Республиканский наркологический диспансер Минздрава Республики Татарстан.

Результаты и обсуждение

В предыдущих публикациях [18] были исследованы 102 одинокие женщины, злоупотребляющие алкоголем. В результате было выделено 4 типа депрессивных расстройств: *астено-депрессивный, тревожно-депрессивный, истеро-депрессивный, апато-депрессивный*. Независимо от варианта депрессивных расстройств у обследованных женщин нами были изучены специфические особенности нарушений в целях улучшения диагностики и последующего психотерапевтического воздействия.

В 24% случаев был характерен отчётливый 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 обязательным составляющим депрессии, в отличие от других проявлений. Аномия служит показателем не столько эмоциональных проблем, сколько когнитивно-смысловых — понятийных нарушений. Тема потери смысла жизни у наблюдаемых пациенток входила в контекст темы алкоголизации и одиночества. Коммуникативная депривация служила основным и ведущим мотивом начального употребления алкоголя, являясь в одних случаях его причиной, в других — триггерным механизмом рецидивирования.

В 18% случаев был характерен ангедонический компонент — отсутствие способности получать удовольствие неалкогольным путём. В отличие от аномических проявлений ангедония, как правило, истекает из факта употребления алкоголя, его аддиктивных свойств (так, больные наркоманией с ещё большим аддиктивным радикалом злоупотребления, нередко жаловались на потерю способности получать удовольствия ненаркотическим путём). Вместе с тем, ангедония звучала чаще в жалобах одиноких женщин, страдающих алкоголизмом, чем другого контингента больных.

Наконец, в 58% случаев был выявлен феномен «депрессивной анозогнозии» — отрицание наличия депрессии в первых беседах и выявление её при детальном изучении особенности алкоголизации женщин. Было выявлено, что из этой категории больных у 36 чел. (35%) проявлялась тотальная анозогнозия — отрицание алкоголизма в сочетании с отрицанием депрессивных нарушений и других проблем, с ними связанных; у 26 больных (40%) выявлялась частичная анозогнозия с отрицанием алкоголизма, но с акцентированием эмоциональных нарушений из этой подгруппы и, наоборот, с признанием наличия алкогольных проблем, но отрицанием эмоциональных нарушений — у 15 больных этой подгруппы. И лишь для 25 больных (25%) была характерна констатация взаимосвязи алкоголизма и депрессии.

В процессе исследования были выделены каузальные составляющие возникновения феномена «депрессивной анозогнозии»:

1. Суперфициальная составляющая «депрессивной анозогнозии» — попытки объяснить снижение настроения внешними, поверхностными причинами. Словесные формулы: «это не депрессия, а просто тяжёлый период жизни», «переживала после развода», «у меня нет депрессии — только одиночество» (выявлялось у 26 пациенток);

2. Когнитивная составляющая «депрессивной анозогнозии» — незнание клиники депрессии, депрессивная анозогнозия как показатель «психиатрического невежества» (выявлялось у семи пациенток);

3. Перцептивная составляющая «депрессивной анозогнозии» — плохое осознание пониженного настроения, восприятие его как нормы. Словесные формулы: «это моё обычное настроение», «я думала, что это нормально», «считала, что все так чувствуют» (выявлялось у 22 пациенток);

4. Результат сапплантажа — вытеснение факта наличия депрессии, уход от проблемы, игнорирование как несущественной, временной и обратимой. Словесные формулы: «это временно, само пройдёт», «не стоит обращать внимание на мелочи» (выявлялось у 14 больных);

5. Комплаентная составляющая «депрессивной анозогнозии» — нежелание сотрудничать с врачом, следовать его советам, «психотерапевтическая глухота», отказ принимать лекарства. Словесные формулы: «я не нуждаюсь в антидепрессантах», «не собираюсь ходить по врачам из-за какой-то депрессии» (выявлялось у восьми больных);

6. Стигматизационная составляющая «депрессивной анозогнозии» — страх отнесения к группе абнормальных, опасение быть признанным психически больным. Словесные формулы: «у меня всё в порядке», «оставьте меня в покое», «назначайте лекарства психически больным» (выявлялось у 25 больных).

В задачи исследования также входило изучение роли стигматизации [7, 25, 26, 31, 32]. Для этого был создан опросник, направленный на выявление стигматизационных проявлений. Он содержал 45 вопросов, определяющих различные виды стигматизации: «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 данного теста совместно с исследователем была изучена устная оценка стигматизационных высказываний пациенток, в результате которой были вычленены 5 кластеров.

К *аутостигматизационным* относились утверждения типа:

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

К *общественно-бытовой стигматизации* относились утверждения:

- 1) «В обществе я занимаю низкую ступень, так как 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 в одиночестве»;
- 4) «В больницу я обратилась только по настоянию близких, так как стесняюсь своего заболевания»;

К *социально-трудовой стигматизации* относились утверждения:

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

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, не достойны любви».

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».

Исследование данного аспекта выявило преобладание депривационной (35% больных) и аутостигматизации (30% больных) при разной выраженности других стигматизационных тенденций — социальной, бытовой и полоролевой.

На основе проведённых исследований нами были выделены мишени психотерапии для одиноких женщин, злоупотребляющих алкоголем, при наличии у них «депрессивной анозогнозии». Также было изучено влияние фактора стигматизации на данную категорию больных;

1. При выявлении суперфициальной составляющей «депрессивной анозогнозии» наиболее адекватной была рациональная психотерапия, которая заключалась в объяснении женщинам логической взаимосвязи между возникновением психотравмы и последующей депрессии;

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

3. При выявлении перцептивной составляющей «депрессивной анозогнозии» психотерапия была направлена на эмоциональную составляющую и заключалась в том, чтобы показать факт снижения настроения, увязать депрессию с различными факторами. Также сюда можно отнести «психотерапию воспоминанием» — проведения тренинга с возвратом к прежнему, болезненному эмоциональному состоянию;

4. При наличии сапплантажа — своеобразного вытеснения — психотерапия 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;

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

6. При выявлении стигматизационной составляющей «депрессивной анозогнозии» проводилась «антистигматизационная психотерапия» или своеобразная «дестигматизация» как депрессии, так и алкоголизма. Пациентам объяснялись истоки и механизмы стигматизации, которые заключаются в приписывании окружающими (стигматизаторами) кому-либо определённых, ча-

ще всего негативных характеристик по формальным обстоятельствам в силу культуральных традиций, культурной политики или собственных психологических комплексов. Здесь необходимо объяснить, что понятие *норма* — относительное и границы её довольно широки. Целью этой психотерапии является преодоление стигматизационных фобий, при этом особую важность приобретала констатация следующего факта: депрессия не является аналогом тяжёлого психического заболевания, которого стоит стыдиться, а довольно распространённым эмоциональным расстройством.

В процессе проведения психотерапии с обследованным контингентом больных были также использованы выделенные нами особенности депрессивных расстройств как дополнительные психотерапевтические «мишени». Напомним, что ими являлись: характер понижения настроения, свое понимание «несчастливости»; сниженная самооценка — её направленность и характер; аномический и ангедонический компоненты депрессии. Проведение целенаправленной психотерапии в соответствии с выделенными особенностями депрессии позволяет добиться лучших результатов, так как выводит неосознанное и слабо структурированное проявление в рационально-аналитическую плоскость обсуждения проблем. Наконец, психотерапевтический приём в виде дестигматизации женского алкоголизма и одиночества завершают процесс осознания многообразной проблематики женского алкоголизма.

Выводы

Описание специфических особенностей депрессивных нарушений имеет значение при определении мотивов, триггерных механизмов, способствующих возобновлению алкоголизации женщин, а также влияет на улучшение диагностики и психотерапевтического воздействия.

Выделение каузальных составляющих позволяет рассмотреть «депрессивную анозогнозию» не как общее понятие, а подойти к ней более дифференцированно и в соответствии с этим определять психотерапевтические мишени.

Выявленное в процессе исследования преобладание депривационной и аутостигматизации при разной выраженности других стигматизационных тенденций — социальной, бытовой и полоролевой — ещё раз доказывает коморбидность одиночества и алкоголизма как взаимоотяжеляющих факторов. Доминирование аутостигматизации указывает на значительное снижение самооценки у данной категории женщин.

Наконец, выделение мишеней психотерапии для данной категории больных способствует целенаправленному терапевтическому воздействию и созданию реабилитационных программ.

Список литературы

1. Альтшулер В.Б. Алкоголизм. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. — С. 108—110.
2. Абусаттаров М.М. О влиянии преморбидных психологических особенностей личности на уровень снижения социально-трудовой адаптации при хроническом алкоголизме // *Рос. психиатр. журн.* — 2001. — №2. — С. 7—9.
3. Баранова О.В. Алкогольная анозогнозия и её преодоление в процессе лечения больных алкоголизмом: Автореф. дисс. на соискание учёной степени к.м.н. — М.: ГНЦ ССП им. В.П. Сербского, 2005.
4. Бобров А.С., Михалевич И.М. Два принципа группировки депрессивных расстройств. Сообщение 2. Коморбидные расстройства // *Соц. и клинич. психиатрия.* — 2002. — №4. — С. 14—18.
5. Вельтищев Д.Ю. Клинико-патогенетические закономерности ситуационных расстройств депрессивного спектра: Автореф. дисс. на соискание учёной степени д.м.н. — М., 2000.
6. Гофман А.Г. Клиническая наркология. — М.: Миклош, 2003. — С. 54—58.
7. Гурович И.Я. Взаимодействие общемедицинской и психиатрической помощи и стигма психиатрических расстройств // *Рос. мед. журнал.* — 2001. — Т. 9, №25. — С. 1202—1204.
8. Дудко Т.Н., Пузиненко В.П., Котельникова Л.А. Дифференцированная система реабилитации в наркологии // *Профилактика и реабилитация в наркологии.* — 2002. — №1. — С. 66—79.
9. Ерышев О.Ф., Рыбакова Т.Г., Шабанов П.Д. Алкогольная зависимость: формирование, течение, противорецидивная терапия. — СПб.: ЭЛБИ-СПб., 2002. — 192 с.
10. Зинина А.И. Сравнительный анализ «чистых» депрессий и депрессивных состояний, коморбидных с личностными расстройствами у женщин // *Рос. психиатр. журн.* — 2001. — №2. — С. 35—41.
11. Погосов А.В. Осознание болезни при наркологических заболеваниях // *Руководство по аддиктологии / Под ред. В.Д. Менделевича.* — СПб.: Речь, 2007. — С. 608—615.
12. Поляк О.Б. Критика к заболеванию и терапевтическая мотивация в структуре отношения к болезни при опиоидных наркоманиях: Автореф. дисс. на соискание учёной степени к.психол.н. — СПб., 2009.
13. Прогнозирование длительности ремиссии при восстановительном лечении больных алкогольной зависимостью на этапе становления ремиссии: Методические рекомендации / О.Ф. Ерышев, Л.А. Дубинина, Б.В. Иовлев, Т.Г. Рыбакова, А.Я. Вукс. — СПб., 2006. — 20 с.
14. Сквиря И.М. Потенциальная возможность формирования ремиссий при алкогольной зависимости в зависимости от метода лечения // *Актуальные вопросы современной психиатрии и наркологии / Под общ. ред. П.Т. Петрюка, А.Н. Бачерикова.* — Киев — Харьков, 2010. Т. 5. [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://www/psychiatry.ua/books/actual/paper099.htm>
15. Смулевич А.Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях. — М.: Мед. Информ. агентство, 2003.
16. Сосин И.К., Чуев Ю.Ф. Наркология. — Харьков: Коллегиум, 2005. — 799 с.
17. Шайдукова Л.К. Гендерная наркология. — Казань: Институт истории им. Ш. Марджани АН РТ, 2007. — С. 65—76; 148—153.
18. Шайдукова Л.К., Гареева Г.А. Роль стигматизации в возникновении депрессивных нарушений у одиноких женщин, злоупотребляющих алкоголем // *Российский психиатрический журнал.* — 2013. — №2. — С. 59—64.
19. Чирко В.В., Демина М.В., Баринов А.М., Даренский И.Д. Совершенствование профессиональной подготовки врачей психиатров-наркологов // *XV Съезд психиатров России.* — М., 2010. — С. 406.
20. Яровинская А.В., Алехин А.Н. Отношение к болезни у лиц с алкогольной зависимостью на разных этапах заболевания // *Уч. Записки ун-та им. П.Ф. Лесгафта.* — 2011. — №1 (71). — С. 7—13.
21. Boden J.M., Fergusson D.M., Horwood L.J. Alcohol misuse and violent behavior: Findings from a 30-year longitudinal study // *Drug Alcohol Depend.* — 2012. — Vol. 122 (3). — P. 201—205.
22. 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). — P. 1139—1149.
23. Chai S., Cho Y. Cognitions associated with recovery from alcohol dependence // *Japanese Psychological Research.* — 2011. — Vol. 53 (3). — P. 327—332.
24. Cho K., Kim J.S., Jung J.G. et al. Effects of Insight Level on the Sensitivity of Alcoholism Screening Tests in Alcohol Dependent // *Korean J. Fam. Med.* — 2010. — Vol. 31. — P. 523—528.
25. Corker E. Stigma and discrimination: the silent disease // *International Journal of Clinical Practice.* — 2001. — Vol. 55, №2. — P. 138—140.
26. Crown S., Lee A. Psychiatric stigma // *British Journal of Psychiatry.* — 2001. — Vol. 178. — P. 281—284.
27. DiClemente C.C., Schlundt D., Gemmell L. Readiness and stages of change in addiction treatment // *Am. J. Addict.* — 2004. — Vol. 13 (2). — P. 103—109.
28. Ino A., Tatsuki S., Nishikawa K. The Denial and Awareness Scale (DAS) // *Japans J. of Alcohol Studies and Drug Dependence.* — 2001. — Vol. 36 (3). — P. 216—234.
29. Kessler R.C., Berglund P., Demler O. et al. National Comorbidity Survey Replication. The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS — R) // *JAMA.* — 2003. — P. 289: 3095. — 105.
30. Kim J.S., Park B.K., Kim G.J. et al. The role of Alcoholics insight in abstinence from alcohol in male Korean alcohol dependents // *J. Korean Med. Sci.* — 2007. — Vol. 22. — P. 132—137.
31. Kouimtsidis C., McCloud A. Psychiatry update: The stigma of substance and alcohol misuse. — 2001. — P. 380—382.
32. Lowe A. The stigma attached to substance misuse // *Practice Nurse.* — 2000. — Vol. 19, №9. — P. 436—441.
33. Nishikawa K. Research on the basic attributes and psychosocial factors of alcoholics and their families in relation with prognosis after a year of treatment // *Japans J. Alcohol Studies and Drug Dependence.* — 2004. — Vol. 39 (6). — P. 511—536.
34. Nwazeze P.C., Magura S., Rosenblum A. Drug problem recognition, diser for help, and treatment readiness in soup kitchen population // *Sub. Use and Missuse.* — 2002. — Vol. 37 (3). — P. 291—312.

FEATURES OF DEPRESSION IN LONELY WOMEN WITH A HISTORY OF ALCOHOL ABUSE: THE MEANING OF DEPRESSIVE ANOSOGNOSIA AND STIGMATIZATION FOR PSYCHOTHERAPY

SHAYDUKOVA L.K., GAREEVA G.A.

Clinico-psychological and experimental-psychological methods were used specific features of depressive disorders; causal variants phenomenon of depressive anosognosia, the role of stigmatization, the aim of psychotherapy in lonely women with a history of alcohol abuse.

Key words: depression, female alcoholism, loneliness, depressive anosognosia, stigmatization