

Полимодальная психотерапия женского алкоголизма: воздействие на стигматизационные, депривационные, депрессивные, фрустрационные и анозогностические мишени

ШАЙДУКОВА Л.К. д.м.н., профессор кафедры психиатрии с курсом психологии
ГБОУ ВПО «Казанский Государственный Медицинский Университет» Росздрава;
Казань, ул. Волкова, 80; e-mail: shaidukova@list.ru

ГАРЕЕВА Г.А. психиатр-нарколог ГАУЗ РНД Минздрава Республики Татарстан

Психотерапия женского алкоголизма является одной из сложных терапевтических процедур вследствие особенностей заболевания у женщин. Авторы разработали алгоритм полимодальной психотерапии с описанием стигматизационных, депривационных, фрустрационных, депрессивных и анозогностических мишеней, что отразилось на позитивных результатах лечения данного контингента больных.

Ключевые слова: женский алкоголизм, депрессия, одиночество, анозогнозия, фрустрация, психотерапия

Введение

Алкогольная зависимость является одной из актуальных проблем медицины [5, 14, 26, 36]. Распространение алкоголизма среди населения имеет не только тяжёлые медицинские последствия, но оказывает существенное влияние на социальные и демографические процессы. Статистика свидетельствует об увеличении числа женщин, больных алкоголизмом. В нашей стране соотношение учтённых больных алкоголизмом женщин и мужчин в середине 1980-х годов было 1:12, в 1991 г. — 1:9, в 1995 г. — 1:6, в 2002 г. — 1:4, в 2006 — 1:4,5; в 2008 г. — 1:4,2. В соответствии с вышеперечисленными данными, пропорции заболеваемости алкоголизмом мужчин и женщин выравниваются в связи с более быстрым распространением женского алкоголизма [2].

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, многоролевыми функциями и определённым социальным статусом [13]. Среди женщин, злоупотребляющих алкоголем, уровень одиночества значительно выше, что объясняется спецификой их заболевания и отношения мужчин к «пьющим женщинам». Согласно данным литературы, лишь 3—17% женщин, страдающих алкоголизмом, имеют семьи, в то время как процентное соотношение у мужчин значительно выше — до 55% [37]. Одиночество женщин, злоупотребляющих алкоголем, в том числе связано с явлением стигматизации женского алкоголизма — наложением «клейма» на жен-

щин с подобным «пороком». К ним общественное мнение более сурово, поэтому 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, «запрограммированность на неудачу» [19].

Наиболее значимую категорию коморбидных психических нарушений при алкоголизме представляют депрессивные состояния. Это связано с высокой распространённостью как алкоголизма, так и аффективных нарушений среди населения вообще и женского контингента, в частности, и неблагоприятными последствиями в виде утраты трудоспособности и суицидов [7, 25, 29, 32, 39, 40]. 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 [38]. Выяснилось, что 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 [8]. V. Hendrick с соавторами подчёркивают, что хотя зависимостью от ПАВ чаще страдают биполярные мужчины, женщины с биполярными расстройствами в 4 раза чаще страдают алкоголизмом, и в 7 раз чаще — наркотической зависимостью, чем женщины в общей популяции [31].

Часто бывает трудно разграничить этиологию депрессивных расстройств — у больных алкоголизмом она поливариантна: большое значение имеют премор-

бидные нарушения в эмоциональной сфере депрессивного плана; немалую роль играют интоксикационно-абстинентные проявления при уже развившемся алкоголизме; нельзя не учитывать и ситуационно-внешнесредовой фактор — наличия психотравм, которых у пациентов наблюдается немало в процессе алкоголизации [3, 6, 10, 15]. У женского контингента больных последний фактор играет значительно большую роль, чем у мужского. Вероятно, с этим связан высокий уровень реактивной депрессии у женщин по сравнению с мужчинами.

Следует отметить, что у женщин значительно чаще встречается феномен, обозначенный как «анозогнозия» — отрицание у себя алкогольного заболевания. Уровень анозогнозии во многом определяет последующий прогноз, являясь предиктором как длительности ремиссий [3, 11, 27, 28, 33, 35], так и их качества [3, 15]. Выраженность и характеристики анозогнозии влияют на особенности и результативность психотерапевтических и реабилитационных программ [3, 6, 10, 24]. В связи с этим динамическая оценка анозогнозии является одним из важнейших аспектов лечебного процесса [9, 18, 30, 34, 41]. Некоторые авторы [19] исследовали данный феномен не только в отношении алкоголизма, но и депрессии, что было обозначено как «депрессивная анозогнозия» — нежелание признать у себя аффективные расстройства как проявление психической патологии.

Изучая проблемы женского алкоголизма [19], было выявлено значение психотравм как триггерно запускающего механизма алкоголизации у ряда больных. К ним относились разводы, супружеские измены и смена социального статуса у женщин, злоупотребляющих алкоголем. Исследователи подчёркивают, что довольно трудно определить степень первичности событий: распад семьи как причина злоупотребление алкоголем женщинами, или как его следствие, однако, учёт данного фактора необходим для проведения эффективной психотерапии данного контингента больных.

Таким образом, психотерапия женщин, злоупотребляющих алкоголем, является сложной процедурой, требующей учёта всех вышеперечисленных факторов.

Цель исследования: разработка полимодального подхода к психотерапии женщин, злоупотребляющих алкоголем, и многоуровневого воздействия на её «мишени». В задачи исследования входило выделение «мишеней» психотерапии.

Пациенты и методы исследования

Пациенты: 150 женщин, злоупотребляющих алкоголем, из которых 102 чел. составили одинокие, 48 чел. — замужние женщины. База проведения исследования: ГАУЗ РНД МЗ РТ.

Методы: клиничко-психопатологический — ретроспективное и лонгитюдное исследование; экспериментально-психологический — полный вариант ММРІ (566 вопросов), шкала Готланда, тест UCLA Loneliness Scale («Тест субъективного уровня одиночества»).

Результаты исследования

При изучении особенностей депрессивных расстройств, нами было выявлено наличие стигматизационной составляющей аффективных нарушений, что явилось причиной разработки *антистигматизационного модуля психотерапии* женщин, злоупотребляющих алкоголем.

В предыдущих исследованиях [13] нами были выделены 5 видов стигматизации: депривационная, полоролевая, общественно-бытовая, социально-трудовая и аутостигматизация. В соответствии с этим, нами были предложены 5 модулей. Не останавливаясь подробно в их описании, отметим, что в своей работе мы использовали пять психотерапевтических модулей, связанных с видом стигматизационных явлений.

При преобладании *депривационной стигматизации* (утверждения: «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») психотерапевтический модуль включал в себя следующее:

- 1) изменить отношение к депривационной ситуации, 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 конструктивную деятельность;
- 4) объяснить, что одиночество — субъективное чувство и переживается каждым по-разному, для кого-то одиночество является желаемым состоянием.

При преобладании *полоролевой стигматизации* (утверждения: «Такие женщины, как я, не интересуют мужчин», «Мне кажется, что мужчины брезгают мной», «Из-за пьянства я не могу выйти замуж», «Женщины, употребляющие алкоголь, недостойны любви») психотерапевтический 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 Дембо—Рубинштейн);

2) разъяснить о необходимости приобретения утраченной женской сущности: женщина как «хранительница домашнего очага», любящая жена и мать — при наличии семьи; как привлекательная сексуальная и духовная партнёрша — 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, «канализовать» активный потенциал в социально-полезное русло.

При преобладании *общественно-бытовой стигматизации* (утверждения: «В обществе я занимаю низкую ступень, так как 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, так как стесняюсь своего заболевания») психотерапевтический модуль включал в себя следующие приёмы:

1) избегать социальных контактов с «носителями» стигматизационных утверждений;

2) изменить отношение к стигматизирующим переживаниям как к части общих предрассудков, присутствующих 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, существует необходимость избавиться от самого заболевания.

При преобладании *социально-трудовой стигматизации* (утверждения: «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») психотерапевтический 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) отработать тему «чрезмерной вины» как фактора, блокирующего социальное функционирование.

При преобладании *аутостигматизации* (утверждения: «Я считаю себя опустившейся женщиной», «Я не верю в своё излечение», «Я невысокого мнения о себе, так как употребляю алкоголь», «Мне неприятно смотреть на себя в зеркало после запоев») психотерапевтический 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 общении с социально-позитивными людьми;

3) снять с себя чрезмерную вину за своё заболевание и обсудить «меру индивидуальной ответственности» за его возникновение;

4) развеять миф о низкой курабельности женщин, злоупотребляющих алкоголем.

Для женщин, находящихся в ситуации привычного одиночества, был разработан *антидепривационный модуль психотерапии*, однако данный вид воздействия на депривационную психотерапевтическую мишень являлся целесообразным и для тех замужних пациенток, у которых был высокий уровень «субъективного одиночества», согласно использованному тесту UCLA Loneliness Scale («Тест субъективного уровня одиночества»).

Данный модуль включал в себя следующие приёмы:

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, подчеркнуть его общественную нормативность и изменение отношения к одиночеству в обществе в связи с его количественным ростом;

5) снять стигму «одинокрой женщины» при многолетнем привычном одиночестве.

Все обследованные женщины страдали различными вариантами депрессивных расстройств, доказанными клинико-психопатологическим и экспериментально-психологическим методами (полный вариант ММРІ — 566 утверждений, шкала Готланда). В связи с этим, в структуре психотерапии данного контингента больных облигатным являлся *антидепрессивный модуль*. Следует заметить, что преоблада-

ющее число пациенток отрицало у себя наличие депрессии, что проявлялось в специфическом феномене «депрессивной анозогнозии». В предыдущих исследованиях [14] нами были выделены каузальные составляющие «депрессивной анозогнозии» и предложены различные «антианозогнозические» мишени психотерапии.

1. При выявлении суперфициальной составляющей «депрессивной анозогнозии» (попытки объяснить снижение настроения внешними причинами) наиболее адекватной была рациональная психотерапия, которая заключалась в объяснении женщинам логической взаимосвязи между возникновением психотравмы, последующей депрессии и алкоголизации;

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, доблезненному эмоциональному состоянию;

4. При наличии сапплантинга — 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, внушении отсутствия угрозы со стороны врача и наличия эффективности со стороны препаратов;

6. При выявлении стигматизационной составляющей «депрессивной анозогнозии» акцент делался на вышеописанной «антистигматизационной психотерапии» или своеобразной «дестигматизации» как депрессии, так и алкоголизма.

Следует заметить, что среди обследованных больных в 58% случаев был выявлен феномен «депрессивной анозогнозии» — отрицание наличия депрессии самими пациентками и выявление её при детальном изучении особенности алкоголизации женщин. Было установлено, 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 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. Это служило основанием для параллельного преодоления не только депрессивной, но и алкогольной анозогнозии как взаимно утяжеляющих друг друга явлений.

Для женщин, находящихся в ситуации острого фрустрационного одиночества, связанного с потерей семьи, работы с последующей реактивной алкоголизацией (словесные формулы: «заливала горе вином», «запила с горя»), был разработан *антифрустрационный модуль психотерапии*, включавший следующие приёмы:

- 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 её воздействие на алкоголизацию, изменить отношение к фрустрации;
- 4) разработать позитивные пути компенсации преодоления фрустрации.

Дополнительными модулями психотерапии женщин, злоупотребляющих алкоголем, являлись когнитивно-дидактический и профилактический. *Когнитивно-дидактический модуль психотерапии* 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 партнёра (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 на ранних этапах злоупотребления алкоголем».

Профилактический модуль психотерапии 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;
- 3) обсуждение способов поведения в ситуациях избегания конструктивного решения проблем;
- 4) составление вместе с терапевтом плана действий в случае появления признаков обострения заболевания.

Заключение

Применение предложенных модулей психотерапии к данной категории больных коррелировало со следующими показателями:

1. Увеличение продолжительности ремиссий у 60 больных (в 40% случаев);
2. Количественное и качественное снижение показателей депрессивных расстройств в период ремиссий (оценивалось субъективно самими пациентками и объективно — с помощью теста Готланда);
3. Снижение тяжести алкогольных эксцессов во время рецидивов — длительности и глубины симптоматики, десоциализации;
4. Повышение качества ремиссий в форме удовлетворительной ремиссионной социализации.

Таким образом, разработка вышеописанных модулей и применение их в психотерапии женщин, злоупотребляющих алкоголем, способствовало положительным результатам лечения обследованных пациентов. Создание пошагового подхода способствовало улучшению психотерапевтического воздействия.

Список литературы

1. 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.
2. Альтшулер В.Б. Алкоголизм. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. — 31 с.
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. Вельтищев Д.Ю. Клинико-патогенетические закономерности ситуационных расстройств депрессивного спектра: Автореф. дисс. на соискание учёной степени д.м.н. — М., 2000.
5. Гофман А.Г., Понизовский П.А. Состояние наркологической помощи в России в динамике с 1999 по 2003 гг. // *Наркология.* — 2005. — №1. — С. 30—33.
6. Дудко Т.Н., Пузиненко В.П., Котельникова Л.А. Дифференцированная система реабилитации в наркологии // *Профилактика и реабилитация в наркологии.* — 2002. — №1. — С. 66—79.
7. Краснов В.Н. Аффективные расстройства. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011.
8. Мосолов С.Н., Костюкова Е.Г., Кузавкова М.В. Биполярное аффективное расстройство. — М.: Медпрессинформ, 2008. — С. 33.
9. Погосов А.В. Осознание болезни при наркологических заболеваниях // *Руководство по аддиктологии / Под ред.*

- В.Д. Менделевича. — СПб.: Речь, 2007. Гл. 24.3. — С. 608—615.
10. 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.
11. Ерышев О.Ф., Дубинина Л.А., Иовлев Б.В. и др. Прогнозирование длительности ремиссии при восстановительном лечении больных алкогольной зависимостью на этапе становления ремиссии: Методические рекомендации. — СПб., 2006. — 20 с.
12. Ерышев О.Ф., Рыбакова Т.Г., Шабанов П.Д. Алкогольная зависимость: формирование, течение, противорецидивная терапия. — СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2002. — 192 с.
13. Романова Н.П. Социальный статус одиноких женщин в современном российском обществе: теоретико-методологический анализ: Дисс. на соискание учёной степени д.соц.н. — Улан-Удэ, 2006.
14. Семке В.Я., Бохан Н.А., Мандель А.И. Клинико-динамический подход к систематике аддикций // *Наркология.* — 2005. — №12. — С. 30—36.
15. Сквиря И.М. Потенциальная возможность формирования ремиссий при алкогольной зависимости в зависимости от метода лечения // *Актуальные вопросы современной психиатрии и наркологии: Сб. научн. работ.* URL: <http://www/psychiatry.ua/books/actual/paper099.htm> (дата обращения 11.05.10).
16. Смулевич А.Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях. — М.: Мед. Информ. агентство, 2003.
17. Сосин И.К., Чуев Ю.Ф. Наркология. — Харьков: Коллегиум, 2005. — 799 с.
18. Чирко В.В., Демина М.В., Баринов А.М., Даренский И.Д. Совершенствование профессиональной подготовки врачей-психиатров-наркологов // *Материалы XV Съезда психиатров России.* — М., 2010. — С. 406.
19. Шайдукова Л.К. Гендерная наркология. — Казань: Институт истории им. Ш.Марджани АН РТ, 2007. — С. 149—152; 136—142.
20. Шайдукова Л.К. Женский и супружеский алкоголизм. Актуальные вопросы наркологии. — Казань: Издательский Дом «Мир без границ», 2006. — 71 с.
21. Шайдукова Л.К., Гареева Г.А. Роль стигматизации в возникновении депрессивных нарушений у одиноких женщин, злоупотребляющих алкоголем // *Российский психиатрический журнал.* — 2013. — №2. — С. 58—63.
22. Шайдукова Л.К., Гареева Г.А. Особенности депрессии у одиноких женщин, злоупотребляющих алкоголем: значение «депрессивной анозогнозии» и стигматизации как мишеней психотерапии // *Наркология.* — 2014. — №2. — С. 57—61.
23. Шайдукова Л.К., Гареева Г.А. Подходы к психотерапии одиноких женщин, злоупотребляющих алкоголем // *«Амбулаторная и больничная психотерапия и медицинская психология» (материалы 11-й Всероссийской Общественной профессиональной медицинской психотерапевтической конференции).* — М., 2013. — С. 241—244.
24. 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.
25. Bradvik L., Mattisson C., Bogren M., Nettelblad P. Mental disorders in suicide and undetermined death in the Lundby Study. The contribution of severe depression and alcohol dependence // *Arch. Suicide Res.* — 2010. — №14 (3). — P. 266—275.
26. Carr G.D. Alcoholism: a modern look at an ancient illness // *Prim. Care.* — 2011. — Mar. — Vol. 38 (1). — P. 9—21.
27. Chai S., Cho Y. Cognitions associated with recovery from alcohol dependence // *Japanese Psychological Research.* — 2011. — Vol. 53 (3). — P. 327—332.
28. 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.

29. Crombie I.K., Pounder D.J., Dick P.H. Who takes alcohol prior to suicide? // *J. Clin. T. Forensic Med.* — 1998. — №5. — P. 65—68.
30. DiClemante C.C., Schlundt D., Gemmell L. Readiness and stages of change in addiction treatment // *Am. J. Addict.* — 2004. — Vol. 13 (2). — P. 103—109.
31. Hendrick V., Altshuler L.L., Gitlin M.J., Delrahim S., Hammen C. Gender and bipolar illness // *J. Clin. Psychiatry.* — 2000. — May. — 61(5). — P. 393—396.
32. Henriksson MM, Aro HM, Marttunen MJ et al. Mental disorders and comorbidity in suicide // *Am. J. Psychiatry.* — 1993. — Vol. 150. — P. 935—940.
33. 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.
34. 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.
35. 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.
36. Rosner S., Hackl-Herrwerth A., Leucht S., Leher P., Vecchi S., Soyka M. Acamprosate for alcohol dependence // *Sao Paulo Med. J.* — 2010. — Dec. — Vol. 128 (6). — P. 379.
37. Sandahl C. Linberg S. Bergman H. The relation between drinking habits and neuroticism and weak ago among male and female alcoholic patients // *Acta Psychiatr. Scand.* — 1987. — Vol. 75, №5. — P. 500—508.
38. Schuckit M.A. Alcohol-use disorders // *Lancet.* — 2009. — Vol. 373. — P. 492—501.
39. Strand L.A., Martinsen J.I., Koefoed V.F. et al. Cause-specific mortality and cancer incidence among 28 300 Royal Norwegian Navy servicemen followed for more than 50 years // *Scand. J. Work Environ. Health.* — 2011. — №37 (4). — P. 307—315.
40. Suominen K., Isometsa E., Hendriksson M. et al. Hopelessness, impulsiveness and intent among suicide attempters with major depression, alcohol dependence, or both // *Acta Psychiatr. Scand.* — 1997. — №96 (2). — P. 142—149.
41. Wing D.M., Hansen H., Martin B. The alcoholism Denial Assessment Tool (ADAT): a study of interrater reliability // *Chin. Nurs. Res.* — 1994. — Vol. 3(3). — P. 228—242.

MULTIMODAL PSYCHOTHERAPY OF WOMAN'S ALCOHOLISM: EFFECTS ON STIGMATIZATION, DEPRIVATION, DEPRESSION, FRUSTRATION AND ANOSOGNOSIA TARGETS

SHAYDUKOVA L.K., GAREEVA G.A.

Psychotherapy of the woman's alcoholism is one of complex therapeutic procedures due to features of disease among women. The authors have developed rules of multimodal psychotherapy with description of stigmatization, deprivation, frustration, depression and anosognosia targets and which show positive results of treatment of this patient.

Key words: female alcoholism, depression, loneliness, anosognosia, frustration, psychotherapy