

На правах рукописи

БАТУРИН Евгений Владимирович
ГЕНДЕР-ЗАВИСИМЫЕ ОСОБЕННОСТИ
ПСИХОПАТОЛОГИИ И КЛИНИЧЕСКОЙ
ДИНАМИКИ ГЕРОИНОВОЙ НАРКОМАНИИ
У ПОДРОСТКОВ

Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

14.00.45. - Наркология

Томск - 2004

Работа выполнена на кафедре психиатрии, наркологии и клинической психологии Омской государственной медицинской академии.

Научный руководитель:

доктор медицинских наук, профессор

УСОВ Михаил Григорьевич

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук, профессор А.И. Мандель,

доктор медицинских наук, профессор А.А. Лопатин

Ведущая организация:

Новосибирская государственная медицинская академия.

Защита состоится 28 января 2004 г. в 10.00 часов на заседании диссертационного совета Д001.030.01 в ГУ НИИ Психического здоровья Томского Научного Центра СО РАМН по адресу: 634014, г. Томск, Сосновый Бор, ГУ НИИ ПЗ ТНЦ СО РАМН.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке НИИ Психического здоровья Томского Научного Центра СО РАМН.

Автореферат разослан «22» декабря 2003 года.

Ученый секретарь
диссертационного совета,
кандидат медицинских наук

О.Э. Перчаткина

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность проблемы. В последнее десятилетие в Российской Федерации отмечен рост героиновой наркомании у подростков, которая стабилизировалась на высоком уровне (Иванец Н.Н., 2001). Возраст начальной наркотизации приходится на пубертатный период, самый глубокий и тяжелый по своему течению онтогенетический кризис (Гуревич Ю.М., 1990). Этот возрастной период связывают с негативным характером развития, со склонностью к девиантному поведению (Орлова И.В., 1990). В последние годы проведены предметные научные исследования героиновой зависимости в подростковом возрасте. Они касаются иницирующих факторов (Е.А.Кошкина, Н.Я.Оруджев, 1998), клинической динамики абстиненции, постабстинентных состояний (Н.Г.Найденова 1998), прогноза, основных подходов к диагностике и лечению (Носачев Г.Н., с соавт, 1997), реабилитации (Цетлин М.Г.,1998), региональных особенностей заболевания (Бохан Н.А., МандельА.И., 2000). Ряд авторов рассматривали течение героиновой наркомании в зависимости от пола (Шипилов Ю.А., 1991; Williams J.G., Smith J.P., 1993; Brent D.A., 1995, и др.). Однако в них проблема различных аспектов полоролевого диморфизма больших наркоманий рассматривается с ограниченных позиций, а гносеологическое поле ограничивается сравнением наркологических характеристик в рамках дилеммы «женские - мужские». Концепция тендера, активно разрабатываемая в современных психологических, социологических, экономических, культурологических, в отечественной наркологии практически не освещена:

В современных исследованиях *гендер* (социальный пол) - одна из базовых характеристик личности - социальный статус, который определяет индивидуальные возможности образования, профессиональной деятельности, доступа к власти, сексуальности, семейной роли и репродуктивного поведения, специфический социальный конструкт (Lorber S., Farrell S., 1991). В основе данного конструкта лежат три группы характеристик: биологический пол, полоролевые

стереотипы, распространенные в том или ином обществе, и «гендерный дисплей» - многообразие проявлений, связанных с предписанными обществом нормами мужского и женского действия и взаимодействия (Koeslner R., J.Aube, 1995). Отсутствуют комплексные исследования, проводящие сравнительную оценку психологических и психопатологических особенностей гендер-зависимого аддиктивного поведения. Учитывая высокую социальную значимость проблемы, большое значение приобретает дифференцированная оценка актуального статуса и динамики зависимости у данного контингента, а также определения типологии и феноменологии половой дезадаптации; необходимость формирования дифференцированных предметных медикаментозных и психокоррекционных лечебных программ.

Цель исследования. Установление особенностей феноменологии и закономерностей клинической динамики гендер-зависимой героиновой наркомании у подростков с разработкой рекомендаций по ее терапии и психосоциальной реабилитации.

Задачи исследования:

1. Установить клинико-динамические и психологические особенности героиновой наркомании у подростков в зависимости от фактора пола.
2. Определить тендерную специфику героинового аддиктивного поведения.
3. Установить типологию героиновой наркомании у подростков и описать гендер-зависимые типы заболевания.
4. Дать научно обоснованные рекомендации гендер-дифференцированной терапии героиновой зависимости.

Научная новизна. Впервые в Западно-Сибирском регионе проведено комплексное исследование героиновой наркомании у подростков с акцентом на тендерную спецификацию заболевания; представлены основные клинические и динамические параметры героиновой наркомании у юношей и девушек, описаны варианты абстинентного синдрома, показаны превалирующие пути

выявления и социальные последствия заболевания. Теоретически обосновано и затем на клиническом материале статистически доказано положение о тендерной гетерономности наркологических болезней. Установлено, что существуют клинико-динамические паттерны, ассоциированные с тендером - гендер-ассоциированные типы заболевания, при которых ведущими факторами формирования являются биологический пол, структура ценностных ориентаций, сексуальный опыт и социальный статус.

Выделены гендер-ассоциированные типы героиновой наркомании у юношей и девушек - доминантный, репрессивный, партнерский, утилитарный, интегрирующий и независимый, представлено их подробное клиническое описание. На репрезентативном клиническом материале с использованием стандартизированных методов исследования представлены данные о формировании тендерного поведения у юношей и девушек, показана модулирующая роль криминально-маргинальной среды на процесс тендерной социализации личности, в процессе которой происходит становление как аддиктивного поведения в общем, так и героиновой наркомании в частности. Определен спектр гендер-идентифицирующих характеристик у подростков, больных героиновой наркоманией, показано их влияние на наркоманическую индукцию и прозелитизм.

Практическая значимость результатов исследования. Предложенная гендер-дифференцированная типология существенно дополняет представления о клинико-психопатологических особенностях и закономерностях течения героиновой наркомании у подростков и раскрывает дополнительные возможности наркологической оценки, особенно на инициальных этапах развития. Это позволяет активно выявлять больных с указанными расстройствами в амбулаторной и общесоматической врачебной практике.

Обнаруженные особенности структуры и динамики героиновой наркомании у подростков могут служить основой дифференциальной диагностики за-

болевания. Выделение гендер-идентифицирующих параметров позволяет проводить определение симптомов-мишеней при дифференцированной психотерапии и психокоррекции подростков, больных наркоманией. Эти особенности тендерного поведения могут способствовать рациональным методам реабилитации с учетом индивидуальных особенностей.

Внедрение в практику. Результаты исследования внедрены в клиническую практику Омской городской наркологической больницы, используются в работе амбулаторного психотерапевтического отделения Омской областной психиатрической больницы им. Н.Н. Солодникова, Муниципального учреждения «Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних», в профилактических программах Омского летно-технического колледжа гражданской авиации, школ № 55 и 105 Кировского округа города Омска.

Апробация работы. Материалы диссертации опубликованы в 7 научных статьях. Основные положения работы доложены на 8 региональных, Всероссийских и международных конференциях: на научно-практической конференции «Актуальные вопросы психиатрии и наркологии» (Омск, 2000, 2003); на межрегиональной научно-практической конференции «Организация психиатрической помощи» (Омск, 2002); на международных научно-практических конференциях «XXI век и наркотики: пути решения проблемы» (Омск, 2002, 2003); на Всероссийской конференции с международным участием «Профилактика аддиктивных состояний в детско-подростковом возрасте» (Томск, 2003).

Объем и структура. Диссертация состоит из введения, обзора литературы, четырех глав собственных исследований, выводов, указателя литературы и приложения. Диссертация изложена на 149 страницах машинописного текста, иллюстрирована 18 таблицами и 10 рисунками. Библиографический указатель содержит 218 источников, из которых 115 иностранных.

Положения, выносимые на защиту:

1. Формирование и развитие героиновой наркомании в подростковой популяции зависит от особенностей гендерной социализации. При нарушении процессов социализации специфика мужской социальной роли обуславливает поведенческие девиации и раннюю тропность к аддиктивному поведению. У девушек становление аддиктивного поведения определено как самоидентификацией с криминально-маргинальной средой формирования, так и индукцией доминантного партнера, утилитарным отношением к сексуальной жизни.

2. В клинической динамике героиновой наркомании у подростков существуют половые различия. У юношей преобладают более тяжелые формы заболевания с ранним формированием абстинентных расстройств. В абстиненции у юношей преобладают поведенческие, алгические и соматовегетативные расстройства, тогда как у девушек - апатоабулические и депрессивные.

3. Проблема женской наркомании является частью более широкой проблемы - гендерной гетерономности наркологических болезней; существуют определенные клинико-динамические паттерны, ассоциированные с тендером - гендер-ассоциированные типы заболевания. Гендер-типы героиновой наркомании у подростков связаны с биологическим полом, структурой ценностных ориентации, сексуальным опытом и социальным статусом.

4. Лечебно-реабилитационные программы при героиновой наркомании у подростков следует формировать с учетом тендерных особенностей заболевания. Лечебные мероприятия при гендер-утилитарном и гендер-доминантном типе предполагают преимущественно психофармакологическую коррекцию расстройств поведения, при гендер-репрессивном - психотерапевтическую работу с созависимостью. При иных гендер-типах лечение и реабилитация пациентов гендер-неспецифична.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ .

Проведено клинико-катамнестическое и психологическое обследование подростков, постоянно проживающих на территории Кировского административного округа крупного промышленного центра Западной Сибири города Омска, обратившихся за медицинской помощью в Омскую городскую наркологическую больницу в связи со злоупотреблением героином. Исследовательская выборка составила 140 лиц мужского и женского пола (по 70 человек) в возрасте от 15 лет до 21 года. Из группы обследованных были исключены лица, наблюдающиеся у психиатров по поводу эндогенных и эндогенно-органических психических заболеваний. Контрольная группа составила по 50 человек обоего пола аналогичного возраста, не принимающих наркотические вещества. Большинство (70 %) наблюдались в период свыше 1 года.

Диагностика героиновой наркомании проведена в соответствии с критериями МКБ-10 (раздел F11). Клиническая характеристика включала изучение социального, соматоневрологического и наркологического анамнеза и получение подробных объективных сведений от их родственников. Результаты исследования анамнеза и статуса регистрировались на специальных бланках в соответствии с разработанной нами оригинальной «Стандартизированной историей болезни». Проведено наблюдение за больными в период абстинентного синдрома и фиксация его основных симптомов с оценкой симптоматики от 0 до 4 баллов по «Шкале вовлеченности подростка в наркоманию» (ADIS), предложенную D.P. Moberg и L. Hahn (1991).

При оценке гендерного поведения мы ориентировались на «Квантификационную шкалу исследования сексологического статуса» (Г.С. Васильченко с соавт., 1990). Тендерное поведение пациентов в работе рассматривалось в следующих контекстах: становление тендерной идентичности у девушек и юношей, тендерная идентификация и аутоидентификация, типология тендерных стереотипов по классификации N. Bonvilain (1997), отношение к кроссгендер-

ным паттернам. Тендерные стереотипы изучались посредством метода Q-сортировки с дальнейшей индексной стандартизацией по контролю.

Цифровые данные вводились в компьютерную базу данных в программе Microsoft Excel 2000 for Windows 98 на персональном компьютере I-Pentium-400MHz-RAM-80Mb. Вычисления проводилось нами на компьютере в статистических пакетах NCSS 2000 и Stadia 6.0, стандартизированных в биомедицинских исследованиях. Интерпретация результатов включала эмпирическое описание, выявление статических и динамических закономерностей. Часть результатов представлены в виде графиков и диаграмм, использованы статистические технологии: описательная статистика, t - статистика, корреляционный и кластерный анализ.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.

Клиническая характеристика героиновой наркомании.

Клиническая типология. В качестве дифференцирующего критерия рассмотрена степень сформированности основных наркологических симптомов, в первую очередь - формирование абстинентного синдрома, выявлены следующие группы пациентов (рис. 1).

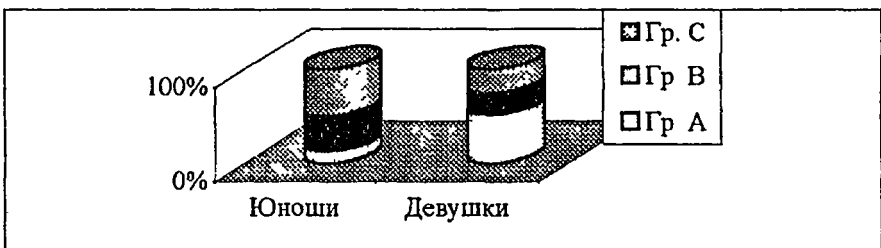


Рисунок 1. Распределение клинических групп пациентов.

Клиническая группа А. Подростки, больные героиновой наркоманией без признаков героинового абстинентного синдрома (9 юношей и 36 девушек (12,9% от всех юношей и 51,4% от всех девушек) Шифр F11.240

Клиническая группа В. Подростки, больные героиновой наркоманией

с легкими проявлениями героиновой абстиненции ОГНБ (26 (37,1 %) юношей и 16 (22,9 %) девушек). Шифр F11.241.

Клиническая группа С. Подростки, больные героиновой наркоманией с проявлениями героинового абстинентного синдрома средней степени тяжести и проходящие лечение в стационарном отделении (35 (50 %) юношей и 18 (25.7 %) девушек). Шифр F11.30.

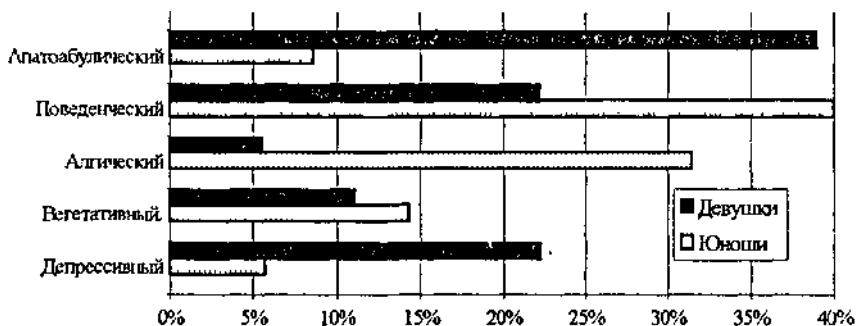


Рисунок 2. Клинические варианты героиновой абстиненции (ADIS) (Группа С - 35 юношей и 18 девушек)

Группа А. Основным симптомом наркомании здесь была психическая зависимость, ведущим клиническим феноменом - навязчивое влечение к наркотику. В данной группе преобладают девушки, что подчеркивает более раннее становление заболевания у лиц мужского пола. В данной клинической группе выявлены следующие тендерные отличия: у 3 из 9 юношей (33,3 %) и 19 из 36 девушек (52,7 %) отмечались элементы критического анализа ситуации, поиск компромиссных решений, у девушек чаще, чем у юношей (14 (38 %) и 2 (22,2%) соответственно), потребление наркотиков интенсифицировалось ситуационными факторами, после стрессовых ситуаций, которые в подростковом возрасте имеют выраженную эмоциональную окраску.

Группа В. К помимо описанной симптоматике навязчивого влечения

присоединялись легкие абстинентные явления. Четко определялся рост толерантности, как суточной, так и разовой, причем значительный рост толерантности (свыше 10 от начальной) чаще установлен у юношей, чем у девушек - 10 (38,7 % от числа в группе) и 4 (25 %) соответственно. Общей симптоматикой было наличие телесного дискомфорта, гриппоподобных явлений, дебютирующих неожиданно для пациента. Подростки обнаруживали склонность к аггравации симптомов абстиненции и даже к симуляции вегетативных расстройств (16 (61,5 %) юношей и 9 (56,2 %) девушек). Зная, что одним из самых тягостных симптомов абстиненции являются мышечные боли, некоторые подростки начинали громко жаловаться на них, наглядно демонстрируя, как их «ломает» (9 (34,6 %) юношей и 5 (31,3 %) девушек). Если же подростки полагали, что наркомания у них не распознана, то они, наоборот, были склонны диссимулировать явления абстиненции (10 (38,7 %) юношей и 7 (28 %) девушек). Резкие вегетативные нарушения скрывали или приписывали какому-либо соматическому заболеванию, «простуде».

Группа С. Ведущим наркологическим расстройством в группе был синдром отмены, оцененная по шкале ADIS. В оценку мы включили 35 юношей и 18 девушек с развернутыми формами героиновой абстиненции. Исследование проводилось на с 1 по 6 сутки абстиненции. Дебютный период героиновой абстиненции у юношей начинается с более тяжелых расстройств, чем у девушек и достигает максимума ко вторым суткам. У девушек, напротив нарастание симптоматики происходит в более растянутые сроки, и достигает максимума к третьим суткам лишения наркотика. У девушек в целом абстиненция более растянута во времени и к 6 суткам уровень сохраняющейся симптоматики более чем в два раза превышает данный параметр в мужской выборке. Клинические варианты абстиненции представлены на рисунке 2. Среди девушек, больных наркоманией наиболее часто встречается апатоаблический тип абстиненции (7 наблюдений - 38,9%), затем, одинаковой часто-

той - поведенческий и депрессивный (по 4 случая - по 22,2 %), а наименее часто - вегетативный (2 - 11,1 %) и алгический (одно наблюдение - 5,5 %). У юношей, напротив, спектр вариантов совершенно иной. Наиболее встречаемыми типами являются поведенческий (14 случаев - 40 %) и алгический (11 - 31,4 %). С меньшей частотой мы наблюдали вегетативный (5 - 14,3 %), апатобулический (3 наблюдения - 8,6 %) и депрессивный (2 - 5,7 %) варианты.

Социальные санкции в отношении наших пациентов (таблица 1) связаны с рядом факторов. Антисоциальное окружение: семья и референтная группа способствует формированию социального дефекта, который проявляется в пренебрежении к различного рода юридическим и этическим нормам. Своеобразие клинической картины героинового опьянения (благодушный аффект, психомоторная заторможенность, слабость побуждений, стремление к уединению) снижает преступления с агрессивным компонентом.

Таблица 1.

Социальные санкции при героиновой наркомании

Социальные санкции	Юп.	Дев.
Профилактический учет в отделах профилактики правонарушений среди несовершеннолетних ОВД	17	9
Разбор на Комиссиях по делам несовершеннолетних	31	10
Направление в специальные учреждения	2	-
Судимости	8	-
Аресты в связи с нарушениями поведения в общественных местах	21	3
Увольнение с работы и / или исключение из учебных заведений	16	2

Гендер-ассоциированные типы героиновой наркомании у подростков

Гендерная проблематика связана с постепенным признанием культурой, а затем и наукой, множественности индивидуальных различий, которые не укладываются в привычные дихотомические схемы (И.С. Кон, 2000). Специфика гендерных стереотипов в субпопуляции лиц с нетрадиционным сексуальным поведением разрушила привычные альтернативные установки и позволила говорить о «третьем гендере» (Wittig M., 2002). Спектр поливалентного сексу-

ального поведения человека может быть описан с помощью ограниченного числа осей (N. Bonvilain, 1997):

1. Традиционное выстраивание понятия «гендер» с опорой на понятие «биологический пол».
2. Сексуальный опыт индивида определяется как сексуальной ориентацией, так и нормами половой морали, явной социальной детерминантой. Т.о. другая характеристика тендера - сексуальный опыт.
3. Синтезирует биологический, психологический и социальный аспекты тендерного поведения система ценностей.
4. Определение и типизация тендеров детерминируется социальным статусом человека.

На основе выделенных критериев: биологического пола (мужского или женского), преобладающего сексуального опыта (гетеросексуального, бисексуального, гомосексуального), структуры ценностных ориентации (мужской, или женской); социального статуса (высокого, низкого) был определен ряд типов возможных сочетаний характеристик, типологизирующих гендерное поведение. Помимо этого в каждом случае учитывались основные наркологические параметры (преморбидный аддиктивный фон, наркоманическая индукция, прозелитизм, толерантность, динамика заболевания, компульсивное влечение, последствия наркомании).

Маскулинные гендер-ассоциированные типы.

1. Геидер-доминантный тип (мужской гендер-тип с гетеросексуальным опытом, маргинальным социальным статусом и мужской системой ценностей - 29 человек) Социальный портрет стереотипен - это подростки из семей, где один или два родителя брутально алкоголизировались на протяжении многих лет, микросоциальная среда носила негативную ориентацию. Ни один из обследованных не имел среднего образования. Физическое созревание в данной группе больных было наиболее ранним как среди всех типов ($3,12 \pm 0,81$ бал-

ла), значительно опережая физическое созревание ненаркотизирующихся сверстников ($1,93 \pm 0,13$ балла). Сексуальные интересы формировались очень рано ($2,72 \pm 0,78$ против $0,85 \pm 0,12$ в контроле), ранняя половая идентификация быстро формировала паттерны мужского полоролевого поведения, что становилось причиной раннего дебюта половой жизни ($2,50 \pm 0,88$ балла против $1,90 \pm 0,13$ в контроле). Данное обстоятельство стало причиной вступления в многочисленные сексуальные связи. У 21 из 29 пациентов (72,4 %) в анамнезе установлены случаи заражения инфекциями, передающимися преимущественно половым путем. Среди этих пациентов сексуальный опыт является одним из критериев оценки мужской идентичности. 18 пациентов ориентированы на прохождение военной службы, а у 6 обращение к наркологу было мотивировано необходимостью «вылечиться от наркомании... чтобы служить, как все парни». Половая жизнь нерегулярна ($0,31 \pm 0,09$ против $0,96 \pm 0,14$ в контроле) и неинтенсивна ($1,49 \pm 0,43$ против $2,24 \pm 0,32$ в контроле), что отражает тенденцию к частой смене партнеров ($3,21 \pm 0,06$ против $1,20 \pm 0,17$ в контроле). Половая предприимчивость ($2,86 \pm 0,82$) немного выше контрольной ($2,55 \pm 0,36$), что мы связываем с высокой значимостью тендерных тенденций в системе ценностей. В группе развит промискуитет ($1,19 \pm 0,59$ балла), но реализованность сексуальных желаний ($1,53 \pm 0,21$ балла) минимальна среди всех групп, что отражает низкий уровень эрогизма, раннее половое поведение со снижением психологического компонента гендера.

II. Гендер-независимый тип (мужской гендер-тип с гетеросексуальным опытом, средним социальным статусом и мужской системой ценностей - 24 человека). Традиционный гендер-тип юноши. Интериоризация полоролевого поведения в этих ситуациях не отличалась от традиционной. Объектом идентификации обычно служил отец (12 наблюдений), реже - отчим (6 наблюдений) или старший брат (3 наблюдения). Лишь в двух наблюдениях ребенок воспитывался только матерью. Физическое созревание опережало физическое

созревание в контрольной группе ($2,63 \pm 0,21$ и $0,93 \pm 0,13$). Сексуальные интересы возникали намного раньше, чем у ненаркотизирующихся сверстников ($2,72 \pm 0,78$ и $0,85 \pm 0,12$), но дебют половой жизни здесь отставлен среди всех групп сравнения. Половая жизнь неинтенсивна ($1,35 \pm 0,15$ против $2,24 \pm 0,32$ в контроле), но регулярна ($1,93 \pm 0,22$ балла против $0,96 \pm 0,14$ в контроле). Смена партнеров в данной группе практически соответствует контрольному. Половая предприимчивость невелика ($1,77 \pm 0,20$ балла), промискуитет не развит ($0,36 \pm 0,04$ балла).

III. Гендер-партнерский тип (мужской гендер-тип с гетеросексуальным опытом, средним социальным статусом и женской системой ценностей - 13 человек). К данной группе отнесены юноши, общим для которых было социальное поведение, получившее в массовом сознании обозначение как «неформальное». Дебют половой жизни в данных ситуациях наиболее ранний ($3,39 \pm 0,25$ балла), опережая этот показатель при гендер-доминантном типе ($2,50 \pm 0,88$ балла) и значительно превосходя контрольный ($1,90 \pm 0,13$ балла). Интенсивность половой жизни ($1,40 \pm 0,15$ балла) в целом соответствует данному параметру у всех юношей, больных наркоманией, половые акты регулярны ($1,85 \pm 0,20$ балла). Характерна частая смена партнеров ($2,56 \pm 0,27$ балла), максимальный уровень предприимчивости ($3,03 \pm 0,85$ балла), они склонны к промискуитету ($2,62 \pm 0,06$ балла), у них максимальный уровень удовлетворенности половой жизнью ($2,48 \pm 0,16$ балла).

IV. Гендер-интегрирующий тип (мужской гендёр-тип с гомосексуальным опытом, средним социальным статусом и мужской системой ценностей - 4 пациента). Физическое созревание в группе ($1,96 \pm 0,17$ балла) соответствовало контрольному. Сексуальные интересы формировались раньше, чем в контрольной группе ($1,05 \pm 0,16$ балла), дебют половой жизни (у всех - с девушками) соответствует контрольному. Интенсивность половой жизни низка ($1,07 \pm 0,10$ против $2,24 \pm 0,32$ в контроле), что отражает внутриличный

конфликт. Героиновая наркомания формировалась на фоне тревожно-депрессивного аффекта, связанном с диссонансом между полоролевой идентичностью и полоролевой адекватностью

Фемининные гендер-ассоциированные типы.

1. **Гендер-репрессивным тип** (маргинальный социальный статус, гетеросексуальный опыт, женская система ценностей - 28 человек). Физически эти девушки отличались наибольшей инфантильностью ($1,88 \pm 0,28$ при $2,38 \pm 0,24$ в контроле). Формирующая среда не отличается от таковой при формировании аналогичного мужского типа. Сексуальный опыт приобретали рано ($3,12 \pm 0,51$ против $2,71 \pm 0,54$ в контроле), с 13-15 лет вступая в многочисленные связи, а в последующем выбирая себе партнера, больного наркоманией («Смена партнеров» $0,64 \pm 0,16$ против $1,43 \pm 0,53$ в контроле). Психологически это эмоционально и интеллектуально скупые девушки с ограниченным диапазоном полоролевых представлений и бедной системой ценностных ориентаций. Представления о роли женщин исчерпываются традиционными, принятыми в маргинальной среде. Инициатором наркомании в группе выступал стеничный партнер, к моменту формирования отношений уже больной наркоманией. Половая жизнь наиболее стабильна («Регулярность половых сношений» $3,08 \pm 0,65$ балла, «Промискуитет» $0,51 \pm 0,07$ балла), но низкий уровень показателя «Реализация сексуальных желаний» ($0,42 \pm 0,04$ балла) вкпе с низкой удовлетворенностью половой жизнью (**$1,18 \pm 0,20$** балла) не позволяют судить о психосексуальной гармонии. С созависимыми отношениями мы связываем и высокие значения таких показателей как «Психологизация половых отношений» ($2,61 \pm 0,76$ балла) и «Семейная прогностичность» ($2,87 \pm 0,41$).

2. **Гендер-нзависимый тип** (средний социальный статус, гетеросексуальный опыт, женская система ценностей - 20 человек). Полоролевая идентичность формировалась в соответствии с закономерностями развития фемининности. Формирование тендерной идентичности наиболее приближено

к данному явлению в контрольной группе. Вместе с тем отмечается снижение параметра «Психологизация половых отношений» ($2,31 \pm 0,73$ против $2,82 \pm 0,51$ в контроле), характеризующего в большей степени социальный компонент тендерных отношений. Но при этом «Семейная прогностичность» повышен ($2,53 \pm 0,35$ балла), что, на наш взгляд, свидетельствует об гиперкомпенсации тендерной идентичности в данной группе.

3. Гендер-партнерский тип (маргинальный социальный статус, гетеросексуальный опыт, мужская система ценностей - 14 человек) отличался измененной системой ценностных ориентаций, ориентированной на сочетанное исполнение полоролевых обязанностей в социуме. С ранних лет девушки формировались в атмосфере психологического прессинга доминантной матери с постоянным акцентом на мужскую социальную несостоятельность. Физическое созревание ($2,47 \pm 0,69$) приближается к контрольному уровню, при значительной задержке возраста формирования сексуальных интересов ($1,41 \pm 0,35$ против $2,40 \pm 0,42$ в контроле). Аналогичная тенденция выявлена в возрасте дебюта половой жизни ($1,98 \pm 0,59$ балла). Половая жизнь неинтенсивна и минимальна ($1,29 \pm 0,57$ против $1,73 \pm 0,36$ в контроле), половые акты нерегулярны ($1,43 \pm 0,24$ против $1,97 \pm 0,57$ в контроле) и сопровождаются частой сменой партнеров ($2,69 \pm 0,43$ против $1,43 \pm 0,53$ в контроле) и промискуитетом ($2,72 \pm 0,44$ против $0,99 \pm 0,20$ в контроле).

4. Гендер-утилитарный тип (средний социальный статус, гетеросексуальный опыт, мужская система ценностей - 8 человек). Будущие пациентки вырастали в семьях успешных бизнесменов. Девушки усваивали мужскую систему ценностей и ориентировались на образ «деловой женщины». Сексуальный опыт в группе приобретали рано, ориентируясь преимущественно на социальный прогноз партнера, а в последующем переходили на открыто промотивированное тендерное поведение. Характерная черта этих девушек - склонность к занятию коммерческим сексом. Интенсивность половой жизни

максимальна, но половые связи нерегулярны. Смена партнеров практически абсолютна ($3,58 \pm 0,81$). Специфика тендерного поведения стала причиной высокого уровня предприимчивости ($2,99 \pm 0,60$ балла) и промискуитета ($3,67 \pm 0,39$ балла). Подобная активная половая жизнь не приносила удовлетворения ($0,83 \pm 0,23$ балла), а психологизация половых отношений иллюзорна ($0,71 \pm 0,14$ балла). Инициация наркомании в 5 случаях происходила под влиянием коммерческих партнеров, в 3 - под влиянием сутенеров. На начальных этапах наркомании наркотики были атрибутом «ночной» жизни, фактором приобщения к имиджу секс-работницы, на который были ориентированы девушки.

Тендерное поведение и идентификация у юношей.

Для юношей, больных наркоманией этап становления мужской личности протекал с «аутодеструктивной» окраской. Драки со сверстниками в анамнезе отмечены у 57 обследованных (контроль - 11 человек), раннее табакокурение - у 71 (контроль 5), раннее использование ненормативной лексики - у 64 (контроль 9). Конфликтные отношения с родителями установлены у 48 обследованных (контроль 15). Первые алкогольные пробы происходили в более раннем возрасте, чем в контрольной группе. В большинстве первое потребление алкоголя имело место в компании старших сверстников. Лишь у 12 юношей и 3 девушек из маргинального слоя алкогольные пробы проходили в семейном кругу. Позже 56 юношей (80 %) продолжали активно алкоголизироваться. Средний срок регулярного приема алкоголя составил $2,21 \pm 0,64$ года у юношей и $2,85 \pm 0,71$ года у девушек. Суточная толерантность составляла в среднем 200 мл чистого алкоголя.

Исследование гендерной идентификации показало максимальный рейтинг у характеристик «Заносчивый» (8,05), «Грубый» (7,95), «Самоуверенный» (7,85), «Волевой» (7,63) и «Пьющий (алкоголь)» (7,52), стандартизированные по контролю. Данные стереотипы связаны с интернализацией шаблонов маскулинности с явным оттенком, отражающем клинику алкоголизма. Высокий

рейтинг таких характеристик как «Искусный» (7,40) и «Изобретательный» (7,35) связан с иным поведенческим аспектом больных наркоманией - умением изворачиваться в ситуациях социального риска, которые связаны с наркоманической креативностью. Отрицательного рейтинга маскулинных характеристик показывают аналогичные тенденции. Минимальные значения принимают параметры, характерные, для социализированных мужчин - «выдержанный» (0,92), «прогрессивный» (0,81), «реалистичный» (0,77), «спокойный» (0,73), «убедительный» (0,58), «уравновешенный» (0,51). Минимальным рейтингом в Q-сортировке маскулинных параметров занимает, «неосторожный» как отражение неприятия дефицитности наркоманических навыков.

Из отвергаемых характеристик фемининности юноши выделяют неосторожность (0,85), покорность (0,73), молчаливость (0,64), склонность к учебе (0,33). Тендерные стереотипы подростков, больных наркоманией в основном соответствуют представлениям о маскулинности, принятым в криминально-маргинальной среде.

Тендерное поведение и идентификация у девушек.

Анамнез пациенток показывает, что в процессе онтогенеза личности девушкам не в меньшей степени, чем юношам, свойственно антисоциальное поведение. Больные девушки, в преморбиде чаще, чем их здоровые сверстницы проявляли агрессию (18 и 1 соответственно), курили сигареты (39 и 2), совершают побег из дома и бродяжничают (8 и 0), конфликтуют с родителями (61 и 3), участвуют в антисоциальных компаниях (31 и 0). Важным признаком идентификации субъекта с криминально-антисоциальной субкультурой является широкое использование жаргонизмов и ненормативной лексики, что подтвердили 58 респонденток основной группы (82,9 %).

Девиантное поведение девочек в «самостоятельном» плане значительно реже достигает криминальных степеней, что связано с фемининностью. Для девушек характерна ранняя алкоголизация, что отражает влияние маргиналь-

ной среды и женскую репрессивность. Девочки, больные наркоманией чаще росли в условиях дисгармоничной семьи. 16 (22,9 %) девочек на момент обследования росли в полной семье (у мальчиков - 30 - 42,9 %). В 61 случае (87,1 %) первично-родительские семей распались, когда девочкам было до 10 лет. В малых подростковых группах у девочек существенно чаще (54 - 77,1 %), чем у мальчиков (21 - 30 %), рядом оказывались лица старшего возраста, как правило, с развернутым формами наркотической зависимости. Максимальным рейтингом обладает характеристика «Молчаливый» (8,36), что обусловлено отвержением наркоманической маскулинности. Эта причина лежит в повышении рейтинга «Решительный» (8,04), «Компетентный» (7,98), «Выдержанный» (7,83), «Волевой» (7,71). Девушки меньше чем юноши, вовлечены в криминально-маргинальные представления о маскулинности; мечты о «прекрасном принце» сохраняются. Паттерны маскулинности проявляются в высоком рейтинге «Склонный к риску» (8,25) «Изобретательный» (7,98). Другой тенденцией идентификации маскулинности у девушек является отвержение социально приемлемых паттернов мужского поведения: характеристики «Серьезный» (0,74) и «Логичный» (0,66) значительно ниже контроля.

Максимальным рейтингом в идентификации фемининности обладает характеристика «Добрая» (8,26), что в сочетании с высоким уровнем таких параметров как «Неорганизованная» (8,19), «Религиозная» (7,90) и «Тревожная» (7,82) позволяет заключить о том, что в данной группе сильна тенденция к формированию созависимых отношений. Наличие этой тенденции подтверждает более репрессивную позицию девушек высокий рейтинг таких характеристик как «Неосторожная» (7,71), «Нуждается в защите» (7,70), «Слабая» (7,59). Интернализированные шаблоны фемининности, нашли выражение в высоком рейтинге параметра «Аккуратная» (7,53).

Гендер-дифференцированное лечение.

Во время коррекции абстинентных расстройств в условиях стационара больные получали комплексное медикаментозное лечение. Применение специфического лечения героиновой абстиненции позволяло в короткие сроки купировать абстиненцию, нормализовать аффективное состояние и сон, предотвращать поведенческие расстройства. Гендер-дифференцированная терапия проводилась на постабстинентном этапе.

1. Гендер-утилитарный тип. В этих ситуациях ведущим расстройством на постабстинентном этапе лечения было нарушение поведения, преимущественно демонстративно-истероидного характера. Ведущими препаратами были корректоры поведения, которые вводились в пролонгированных формах - флюанксол-депо 20 мг 1 раз в 2-3 недели, модитен-депо 10 мг 1 раз в 3 недели. От приема налтрексона пациентки этого типа категорически отказались.

2. Гендер-репрессивный тип. В данных ситуациях основными симптомами-мишенями являлись сниженная самооценка пациенток, их репрессивность. Обосновано применение средних суточных доз антидепрессантов. Мы разработали трехэтапную психокоррекционную программу для созависимых. Основные этапы: интервенция, работа с ключевыми проблемами, реинтеграция. В процессе реализации программы у пациенток формировалось критичное отношение к созависимости

3. Гендер-интегрирующий тип. Учитывая современные представления о становлении аномальной сексуальной идентичности основная задача у данной группы пациентов заключалась в создании толерантного отношения к собственной гомосексуальности с сексологической помощью, а также приемом амитриптилина по 100 мг в сутки. Пациенты практически не вспоминали о периоде предшествующей наркотизации.

4. Гендер-партнерский тип. Учитывая высокий уровень аффективной нестабильности этих пациентов, негрубые нарушения поведения с пренебреже-

нием социальных ориентиров, склонность к гипоманиакальным состояниям, ведущим направлением постабстинентной курации здесь была стабилизация аффективного фона и профилактика поведенческих расстройств. С этой целью мы назначали препараты лития и антиконвульсанты. Наблюдалось быстрое снижение ажитации и тревоги, компульсивное влечение теряло аффективный заряд. Эффективным оказалось применение налтрексона.

5. Гендер-независимый тип. Здесь гендер-дифференцированное лечение не специфично.

6. Гендер-доминантный тип. Основная задача лечения - коррекция поведения с дезактуализацией агрессивности и дисфоричности. Предпочтение отдавалось нейролептикам, оказывающим интенсивное седативное действие (суточные дозы): аминазин до 500 мг (10 наблюдений), галоперидол до 10 мг (7 наблюдений), мажептил до 40 мг (2 наблюдения). Весьма эффективным было назначение неуплептила до 40 мг (9 наблюдений) и модитен-депо до 1мл (11 наблюдений). Использовалась комбинированная психофармакотерапия.

Установлено 4 варианта исходов (таблица 2):

<i>Таблица 2</i>					
Катамнез подростков, больных геронновой наркоманией					
Гендер-ассоциированный тип	Ремиссии				Всего
	A	B	C	D	
Утилитарный (все девушки)	-	-	1	7	8
Репрессивный (все девушки)	12	13	2	1	28
Интегрирующий (все юноши)	3	1	-	-	4
Партнерский (юноши / девушки)	3 / 2	4 / 1	5 / 2	1 / 9	13 / 14
Независимый (юноши / девушки)	11 / 5	0 / 1	6 / 2	7 / 12	24 / 20
Доминантный (все юноши)	1	3	2	23	29
Всего	37	23	20	60	140

A. Полная стойкая ремиссия не зависящая от поддерживающего лечения с наличием критики к заболеванию свыше 1 года.

В. Ремиссия, поддерживаемая регулярным лечением (налтрексон, нейрорептины, литий, антидепрессанты).

С. Рецидивирующее течение заболевания, при котором наркотики не употреблялись от 2-6 месяцев, при рецидиве - обращение в ОГНЕ.

Д. Непрерывное течение заболевания. Прогностически благоприятным типом гендерного поведения для юношей является независимый и интегрирующий тип - при качественном лечении и / или личностной интеграции путем стабилизации психосексуальной идентичности возможно формирование устойчивой ремиссии. Аналогичные тенденции выявляются у созависимых девушек при репрессивном типе - необходима коррекция созависимых состояний с формированием аутентичности и спонтанности личности. В целом юноши имеют более благоприятный прогноз, чем девушки. Наиболее неблагоприятным типом у юношей является доминантный, а у девушек - утилитарный. Партнерский тип, у юношей достаточно благоприятный, у девушек специфицирован интернализированной «антимаскулинностью», что сказывается на качестве и продолжительности ремиссии.

ВЫВОДЫ.

1. При обследовании 140 подростков мужского и женского пола установлены гендер-зависимые особенности героиновой наркомании. Психопатологические различия заключаются в более раннем дебюте и ускоренном формировании основных клинических симптомов заболевания у юношей. В структуре абстинентного синдрома у юношей преобладают поведенческие (40 %), алгические (31,4 %) и соматовегетативные (14,3 %) варианты, тогда как у девушек - апатобулические и депрессивные (по 22,2 %). Дебютный период абстиненции у юношей достигает максимума ко вторым суткам, а у девушек нарастание симптоматики происходит в растянутые сроки и достигает максимума к третьим суткам лишения. У девушек абстиненция более растянута во времени и к 6 суткам уровень сохраняющейся симптоматики более чем в два

раза превышает в мужской выборке.

2. Поведение юношей, больных наркоманией на преморбидном этапе отличается значительной антисоциальной окраской. При нарушении процессов социализации, при инкорпорировании аддиктивных норм, специфика мужской социальной роли обуславливает поведенческие девиации и раннюю тропность к аддиктивным поведенческим паттернам. У девушек становление аддиктивного поведения определено как самоидентификацией с криминально-маргинальной средой формирования, так и индукцией со стороны доминантного партнера, утилитарным отношением к сексуальной жизни.

3. Социальные последствия наркомании, связанные как с более ранним началом заболевания, так и со спецификой маскулинной социализации, в подростковом возрасте более отчетливо обнаруживаются у юношей. Приоритетным источником выявления героиновой наркомании у подростков являются правоохранительные органы (45,7% юношей и 30 % девушек). Родители выявляют наркотизацию дочерей более чем в два раза реже, чем сыновей (10 % и 24,3 %), дочери реже сообщают родителям (5,7 % и 10 %). Девушки чаще самостоятельно обращаются к врачам (10 % и 4,3 %) и более чем в пять раз чаще - к своим партнерам (22,9 % и 4,3 % соответственно).

4. Героиновая наркомания у подростков гетерономна по тендерным параметрам (биологический пол, ценностные ориентации, сексуальный опыт, социальный статус). Число доминантных мужских типов соответствует числу репрессивных женских гендер-типов. Среди подростков с независимым и партнерским гендер-ассоциированными типами наркомании число девушек и юношей сходно. Неальтернативные гендер-ассоциированные типы связаны с нетрадиционной сексуальной ориентацией личности или с социальной позицией, контрастирующей с морально-этическими нормами.

5. Наиболее прогностически благоприятным типом тендерного поведения для юношей является гендер-независимый и гендер-интегрирующий типы -

при качественном лечении и / или личностной интеграции путем стабилизации психосексуальной идентичности - формирование ремиссии. Аналогичные тенденции выявляются у созависимых девушек при репрессивном типе. Юноши имеют более благоприятный прогноз, чем девушки. Наиболее неблагоприятным типом у юношей является доминантный, а у девушек - утилитарный.

6. Гендерные стереотипы юношей, больных наркоманией, в основном соответствуют представлениям о маскулинности, принятым в криминально-маргинальной среде. Гендерные стереотипы девушек более дистанцированы от маргинальной среды, романтизированы и ориентированы на традиционные фемининные паттерны социального поведения.

7. При проведении гендер-дифференцированной терапии героиновой наркомании у подростков на постабстинентном этапе следует учитывать как половые различия, так и индивидуальные характеристики тендерной идентичности. Лечебные мероприятия при гендер-утилитарном и гендер-доминантном типах предполагают преимущественно психофармакологическую коррекцию расстройств поведения, при гендер-репрессивном - психотерапевтическую работу с созависимостью. При иных гендер-типах лечение и реабилитация пациентов гендер-неспецифична.

Список работ, опубликованных по теме диссертации:

1. Тенденции наркотизации лиц женского пола как предпосылка изучения особенности клиники, лечения, реабилитации опийной наркомании у девочек подростков // Актуальные вопросы психиатрии и наркологии: Материалы научно-практической конференции. - Омск, 2000. - С. 33-35 (соавт. Усов М.Г., Ирлицына И.Я., Гусев А.М., Четвериков Д.В.).
2. Гендер-зависимые особенности наследственно-мотивационного фона у подростков с героиновой наркоманией // Организация психиатрической помощи: Материалы межрегиональной научно-практической конференции. - Омск, 2002. - С. 18-22 (соавт. Паленая Н.В.).
3. Роль гендерной идентичности в становлении алкогольного поведения подростков // XXI век и наркотики: пути решения проблемы: Материалы международной научно-практической конференции. - Омск, 2002. - С. 37-40 (соавт. Усов М.Г., Четвериков Д.В.).
4. Нейробиологические аспекты психотерапии аддиктивных состояний // Омский научный вестник: актуальные проблемы биохимии патологических процессов. - Омск 2002. - С. 125-128 (Соавт. Усов М.Г., Четвериков Д.В., Усов Г.М.).
5. Гендер-ассоциированные типы героиновой наркомании у подростков // Сибирский вестник психиатрии и наркологии: Научно-практический рецензируемый журнал. - Томск, 2003. - С. 67-71.
6. Реклама пива в становлении аддиктивного поведения юношей: тендерный аспект // Профилактика аддиктивных состояний в детско-подростковом возрасте: Сборник материалов Всероссийской конференции с международным участием. - Томск, 2003. - С. 130-132.
7. Специфика гендерного поведения юношей больных героиновой наркоманией // Актуальные вопросы наркологии: Материалы научно-практической конференции. - Омск, 2003.

**Подписано к печати 19.12.2003 г. Формат 60x84/16. Объем 1 п. л.
Тираж 100 экз. Заказ 635. Бумага офсетная. Печать офсетная**

Типография АОМО

В - - 7 8 9

РНБ Русский фонд

2004-4
21952