Гендерная гетерономность формирования героиновой наркомании у подростков

Д.м.н., проф. Н.А. БОХАН[1], к.м.н. Е.В. БАТУРИН[2]

Gender heteronomy of heroin addiction in adolescences

N.A. BOKHAN, E.V. BATURIN

[1]Научно-исследовательский институт психического здоровья Томского научного центра Сибирского отделения РАМН; [2]Омский областной наркологический диспансер

На модели формирования героиновой наркомании у подростков определены предпосылки к обоснованию положения о гендерной гетерономности аддиктивных расстройств. Установлены клинико-динамические паттерны, ассоциированные с половой принадлежностью — так называемые гендерно-ассоциированные типы заболевания, при которых ведущими факторами формирования различий являются биологический пол, структура ценностных ориентаций, сексуальный опыт и социальный статус. Выделены гендерно-ассоциированные типы героиновой наркомании у юношей и девушек — доминантный, репрессивный, партнерский, утилитарный, интегрирующий и независимый. Предлагаются гендерно-дифференцированные программы фармако- и психотерапии.

Ключевые слова: *героиновая наркомания, подростки, гендерные типы, терапия.*

On the model of heroin addiction in adolescents the premises for grounding the concept of gender heteronomy of addictions have been identified. The clinical-dynamic patterns associated with gender — so called gender associated types of disease in which the leading factors of difference formation are biological sex, valuable orientation structure, sexual experience and social status were singled out. The gender-associated types of heroin addiction in boys and girls were specified as dominant, repressive, partner, utilitarian, integrating and independent. Gender-differentiated programs of pharmaco- and psychotherapy are proposed.

Key words: *heroin addiction, adolescents, gender-associated types, therapy.*

Влияние пола (гендера) на формирование наркологических заболеваний в последнее время вызывает все больший интерес в мировой и отечественной наркологии. Это связано с тем, что возраст начальной наркотизации часто приходится на пубертатный период, самый глубокий онтогенетический кризис, влияющий на поведение [6, 8]. В современных исследованиях *гендер* — одна из базовых характеристик личности, определяющих социальный статус и, соответственно, индивидуальные возможности образования, профессиональной деятельности, доступа к власти, сексуальность, семейную роль и репродуктивное поведение [10]. Гендерное поведение человека детерминировано не только принадлежностью к мужскому или женскому полу; оно также зависит от множества социальных, клинико-психологических и экономических характеристик.

Гендерные особенности разных форм наркологических болезней обычно рассматривались в контексте женского алкоголизма [1, 2], что же касается «маскулинных» форм химической зависимости, то они практически не являлись предметом исследований. Более того, априори предполагалось, что алкоголизм и наркомания представляют почти исключительно «мужскую» проблему, в отношении которой строились известные психофармакотерапевтические стратегии [4, 7]. Отчасти, как пишет об этом C. Weishner [12], это может быть обусловлено тем, что «исследователи единодушно указывают на факт клинической специфики химической зависимости у женщин, но данная специфика у мужчин как-то не рассматривается — алкоголик или наркоман уже мужчина... Но если есть женская наркомания, то почему мы не говорим о мужской наркомании». Автор связывает это с гендерными стереотипами исследователей, «в головах которых мужчине дозволительно пить или принимать наркотики... а женская аддикция автоматически попадает в клинику». Между тем, «маскулинная» наркомания или алкоголизм также имеют право на научное признание.

Таким образом, проблема поло-ролевого диморфизма больных наркоманией и гносеологическое поле ее рассмотрения до сих пор ограничивается сравнением наркологических характеристик в рамках дилеммы «женские — мужские» вне контек-

© Н.А. Бохан, Е.В. Батурин, 2010

[1]E-mail:redo@mail.tomsknet.ru

ста рассмотрения их социального функционирования.

Указанная постановка вопроса значительно меняет традиционные представления о гендерной специфике аддикции. Проблема женской и мужской наркомании является частью более широкой проблемы — гендерной гетерономности наркологических болезней, связанной с половым диморфизмом человеческой личности, реализуемым на биологическом, психологическом и социальном уровнях.

Необходимо заметить, что большинство работ [5, 9], посвященных проблеме юношеского наркотизма, ограничивается изучением подростков до 18 лет. Однако исследуемый тип зависимости в этом интервале лишь дебютирует, поэтому часто дальнейшее развитие заболевания ускользает из поля зрения исследователя. В связи с этим мы расширили возрастные рамки за счет лиц юношеского возраста.

Цель настоящего исследования — изучение ассоциированных с полом типов героиновой наркомании у подростков.

Материал и методы

В условиях наркологического стационара катамнестически обследовали 140 пациентов (70 юношей и 70 девушек) в возрасте от 15 лет до 21 года с героиновой наркоманией. Длительность катамнеза свыше года была в 70% случаев.

В контрольную группу вошли по 50 лиц обоего пола того же возраста, не принимающих наркоики.

Диагностика героиновой наркомании проводилась в соответствии с МКБ-10 (раздел F11). При обследовании больных дополнительно к психопатологическому, психологическому и социологическому методам использовались следующие инструменты: шкала вовлеченности подростка в наркоманию (The Adolescent Drug Involvement Scale — ADIS,), предложенная D. Moberg и L. Hahn [11], которая позволяет оценить абстиненцию с выделением клинических вариантов по двум осям — «тяжесть» и «клинический вариант». При оценке гендерного поведения применяли квантификационную шкалу исследования сексологического статуса Г.С. Васильченко и соавт. [3]. Гендерные стереотипы изучались посредством метода Q-сортировки.

При статистической обработке были использованы t-статистика, корреляционный анализ, кластерный анализ (при выделении гендерно-ассоциированных типов наркомании).

Результаты и обсуждение

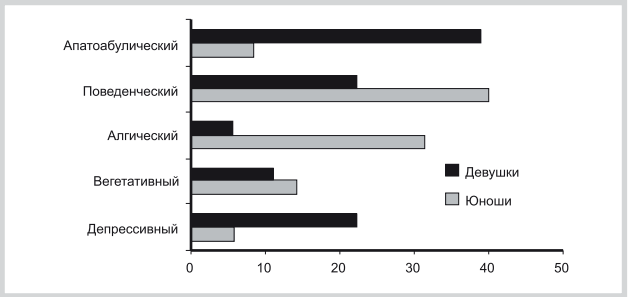
Семейный анализ показал относительно низкий социальный статус семей больных героиновой наркоманией: отмечена «маргинализация» девушек, принимающих героин – среди их родителей в 2,3 раза больше лиц рабочих специальностей, в 1,6 раза больше безработных, чем среди родителей юношей. Уровень алкоголизма отцов превышает популяционный в 4,3 раза. У девушек выше, чем у юношей, отягощенность по депрессиям — в 2,7 раза по отцу и в 1,5 раза по матери, по шизофрении — в 2 раза по отцу и в 1,5 раза по матери. Наркозависимые девушки имеют более низкий уровень образования.

У больных наркоманией юношей этап становления мужской личности протекал с «аутодеструктивной» окраской (драки со сверстниками, раннее курение, использование ненормативной лексики, конфликты с родителями). Первое знакомство с алкоголем у них происходило в более раннем возрасте, чем в контрольной группе.

Анамнез пациенток показывает, что в процессе онтогенеза личности наркозависимым девушкам не в меньшей степени, чем юношам, было свойственно антисоциальное поведение. Больные девушки в преморбиде чаще, чем их здоровые сверстницы, проявляют агрессию, курят, совершают побеги из дома и бродяжничают, конфликтуют с родителями, участвуют в антисоциальных компаниях. На момент обследования 22,9% девушек росли в полной семье (42,9% юношей). В 87,1% случаев первично-родительские семьи распались, когда девочкам было меньше 10 лет.

В целом у девушек становление аддиктивного поведения определено как самоидентификацией с криминально-маргинальной средой формирования, так и с индукцией доминантного партнера, утилитарным отношением к сексуальной жизни; сильна тенденция к формированию созависимости. 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 феминные паттерны социального поведения. Девиантное поведение у них реже достигает криминальной степени.

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 2 раза реже, чем сыновей (10 и 24,3%), дочери реже сообщают о своей наркотизации родителям (5,7 и 10%). Девушки гораздо чаще самостоятельно обращаются к врачам (10 и 4,3%) и более чем в 5 раз чаще — к своим партнерам (22,9 и 4,3%).



Встречаемость клинических вариантов героиновой абстиненции (шкала ADIS).

По оси абсцисс — %

Изучение героиновой наркомании у подростков показало гетерогенность этой популяции. Установленные гендерно-зависимые особенности больных героиновой наркоманией определяют прежде всего психопатологические различия, которые заключаются в более раннем дебюте и ускоренном формировании основных клинических симптомов заболевания у юношей. У них чаще встречаются поведенческий (40%) и алгический (31,4%) варианты абстинентного синдрома. У девушек наиболее часто выявляется апатоабулический вариант абстиненции (38,9%), затем с одинаковой частотой (по 22,2%) поведенческий и депрессивный (см. рисунок). Клиническая манифестация абстиненции у юношей достигает максимума ко 2-м суткам, а у девушек нарастание симптоматики происходит в растянутые сроки и достигает максимума к 3-м суткам лишения. У девушек абстиненция более растянута во времени и к 6-м суткам выраженность симптоматики более чем в 2 раза превышает таковую в мужской выборке.

На основе критериев пола, преобладающего сексуального опыта (гетеросексуального, бисексуального, гомосексуального), структуры ценностных ориентаций (мужской или женской), социального статуса (высокого, низкого) — может быть определен ряд возможных сочетаний характеристик, типологизирующих гендерное поведение. Данная схема была адаптирована для подросткового возраста. В первичную матрицу были включены ряд основных характеристик героиновой наркомании. На основании кластерного анализа нами выделены гендерно-ассоциированные типы героиновой наркомании — маскулинные и феминные.

К маскулинным типам относятся: I. *Гендерно-доминантный* (маргинальный социальный статус, гетеросексуальный опыт, мужская система ценностей). II. *Гендерно-независимый* (средний социальный статус, гетеросексуальный опыт, мужская система ценностей). III. *Гендерно-партнерский* (средний социальный статус, гетеросексуальный опыт, женская система ценностей). IV. *Гендерно-интегрирующий* (средний социальный статус, гомосексуальный опыт, мужская система ценностей).

К феминным типам: I. *Гендерно-репрессивный* (маргинальный социальный статус, гетеросексуальный опыт, женская система ценностей). II. *Гендерно-независимый* (средний социальный статус, гетеросексуальный опыт, женская система ценностей). III. *Гендерно-партнерский* (маргинальный социальный статус, гетеросексуальный опыт, мужская система ценностей). IV. *Гендерно-утилитарный* (средний социальный статус, гетеросексуальный опыт, мужская система ценностей).

Соотношение маскулинных и феминных гендерно-ассоциированных типов больных героиновой наркоманией различно. Так, число доминантных мужских типов соответствует числу репрессивных женских гендерных типов; они альтернативны друг другу. Среди подростков с независимым и партнерским гендерно-ассоциированными типами наркомании число девушек и юношей примерно одинаково; эти типы симметричны для обоих полов. Гендерно-интегрирующий мужской тип связан с нетрадиционной сексуальной ориентацией личности, контрастирующей с морально-этическими нормами. Девушек с гомосексуальной ориентацией в нашей выборке не было.

При кластерном анализе клинических, психологических и гендерных характеристик у юношей выявлены гендерно-ассоциированные типы героиновой наркомании, свидетельствующие о гетерономности их гендерного поведения (табл. 1). В целом поло-ролевые стереотипы юношей смещены в сторону мужской системы ценностей и преимущественно гетеросексуального полового поведения. Остановимся более подробно на 4 выделенных маскулинных гендерно-ассоциированных типах героиновой наркомании.

I. *Гендерно-доминантный тип*. Это подростки из семей с брутальной алкоголизацией и негативной микросоциальной средой. Ни один из обследованных не имел среднего образования. Профессиональный анамнез исчерпывался непостоянными заработками с частой сменой трудовых мест, многие нигде не работали. Физическое созревание было наиболее ранним среди всех типов. Ранние половая идентификация и дебют половой жизни с многочисленными сексуальными связями. У $^{2}/_{3}$ пациентов в анамнезе случаи заражения половыми инфекциями. Половая жизнь нерегулярна и неинтенсивна с частой сменой партнеров. Необходима коррекция поведения с дезактуализацией агрессивности и эксплозивности, использованы седативные нейролептики.

II. *Гендерно-независимый тип*. Традиционный гендерный тип юноши. Объектом идентификации обычно служил отец, реже — отчим или старший брат. Физическое созревание опережало контрольные сроки. Сексуальные интересы возникали намного раньше, чем у ненаркотизирующихся свер-

Таблица 1. **Результаты кластерного анализа гендерных характеристик больных героиновой наркоманией юношей**

Характеристика гендерного поведения	Гендерный тип больных наркоманией				Контрольная группа
	I	II	III	IV	
Физическое созревание	3,12±0,81	2,63±0,21	1,82±0,19	1,96±0,17	1,93±0,13
Возраст формирования сексуальных интересов	2,72±0,78	2,42±0,28	1,58±0,17	1,05±0,16	0,85±0,12
Возраст дебюта половой жизни	2,50±0,88	1,42±0,05	3,39±0,25	1,46±0,13	1,90±0,13
Интенсивность половой жизни	1,49±0,43	1,35±0,15	1,40±0,15	1,07±0,10	2,24±0,32
Регулярность половых сношений	0,31±0,09	1,93±0,22	1,85±0,20	0,38±0,03	0,96±0,14
Смена партнеров	3,21±0,06	1,56±0,18	2,56±0,27	1,35±0,12	1,20±0,17
Половая предприимчивость	2,86±0,82	1,77±0,20	3,03±0,85	0,67±0,06	2,55±0,36
Промискуитет	1,19±0,59	0,36±0,04	2,62±0,06	2,06±0,19	1,37±0,20
Реализация сексуальных желаний	1,53±0,21	1,84±0,21	2,59±0,27	2,57±0,23	1,79±0,26
Удовлетворенность половой жизнью	0,85±0,24	1,87±0,22	2,48±0,16	2,12±0,36	1,58±0,31
Психологизация половых отношений	1,38±0,68	2,22±0,26	2,12±0,22	0,96±0,14	2,11±0,30
Поведенческая толерантность к гомосексуалистам	0,49±0,09	1,13±0,15	2,41±0,36	0,75±0,15	1,86±0,55
Семейная прогностичность	0,47±0,14	2,80±0,63	1,93±0,20	1,79±0,27	2,32±0,33

стников. Половая жизнь неинтенсивна, но регулярна. Половая предприимчивость невелика, промискуитет не развит. Осуждая наркотизацию девушек, пациенты толерантно относились к приему наркотиков, что характеризует тип как гендерно-независимый. При данном типе гендерно-дифференцированное лечение специфики не имеет.

III. *Гендерно-партнерский тип*. Характерологически данная группа представлена «мягкими» психастеничными юношами с частым воспитанием их в неполных семьях в условиях гиперопеки. Физическое созревание соответствует контрольному. Дебют половой жизни наиболее ранний. Частая смена партнеров, максимальный уровень предприимчивости. Они склонны к промискуитету, у них максимальный уровень удовлетворенности половой жизнью. Ведущим направлением лечения здесь являются стабилизация аффективного фона и профилактика поведенческих расстройств. Назначением препаратов лития и антиконвульсантов достигается снижение явлений ажитации и тревоги, компульсивное влечение теряет аффективный заряд. Эффективным оказался налтрексон.

IV. *Гендерно-интегрирующий тип*. Физическое созревание в группе соответствовало контрольному. Сексуальные интересы формировались раньше, чем в контрольной группе, дебют половой жизни (у всех — с девушками) соответствует контрольному. Интенсивность половой жизни низка, что является следствием внутриличностного поло-ролевого конфликта. Регулярность половых сношений мизерна. Формирование болезни определяется внутренним конфликтом, который обусловлен несоответствием биологически детерминированного вектора либидо, направленного на объекты своего пола, и гомофобной средой. В качестве способа преодоления несоответствия между образом «Я», поведением и внешними нормами пациентам предлагалось принятие своей гомосексуальной идентичности. Целесообразно наблюдение у сексопатолога. Эффективно использование амитриптилина (100 мг в сутки), который помимо антидепрессивного эффекта снижает интенсивность полового влечения и переживания кризиса идентичности.

Кластерный анализ клинико-психологических и гендерных характеристик лиц женского пола выявил наличие следующих 4 гендерно-ассоциированных типов героиновой наркомании, свидетельствующих о гетерономности гендерного поведения наркозависимых девушек (табл. 2).

I. *Гендерно-репрессивный тип*. Физически эти девушки отличались наибольшей инфантильностью. Сексуальный опыт приобретали рано, с 13—15 лет вступая в многочисленные связи. Психологически это эмоционально и интеллектуально скупые девушки с ограниченным диапазоном поло-ролевых представлений и бедной системой ценностных ориентаций, принятых в маргинальной среде. Инициатором наркомании выступал стеничный партнер, уже больной наркоманией. Половая жизнь наиболее стабильна, но низкий уровень реализации сексуальных желаний. Гендерное поведение соответствует созависимым отношениям, что определило данный тип как гендерно-репрессивный. Основными симптомами-мишенями являлись сниженная самооценка пациенток, их репрессивность. Целесообразно применение антидепрессантов и психокоррекция созависимости.

II. *Гендерно-независимый тип*. Поло-ролевая идентичность формировалась в соответствии с закономерностями развития феминности. Формирование наркомании происходило в результате индукции со стороны женской компании старших девушек. Клиника героиновой наркомании в данной группе наиболее завершена. Формирование гендерной идентичности приближено к контролю, но в последующем преобладает гиперкомпенсация гендерной идентичности.

Таблица 2. **Результаты кластерного анализа гендерных характеристик больных героиновой наркоманией девушек**

Характеристика гендерного поведения	Гендерный тип наркозависимых девушек				Контрольная группа
	I	II	III	IV	
Физическое созревание	1,88±0,28	2,42±0,33	2,47±0,69	2,01±0,42	2,28±0,24
Возраст формирования сексуальных интересов	2,43±0,27.	2,24±0,21	1,41±0,35	3,06±0,64	2,40±0,42
Возраст дебюта половой жизни	3,12±0,51	2,50±0,56	1,98±0,59	2,86±0,54	2,71±0,54
Интенсивность половой жизни	1,52±0,17	1,86±0,40	1,29±0,57	2,69±0,41	1,73±0,36
Регулярность половых сношений	3,08±0,65	2,16±0,28	1,43±0,24	1,47±0,41	1,97±0,57
Смена партнеров	0,64±0,16	1,28±0,23	2,69±0,43	3,58±0,81	1,43±0,53
Половая предприимчивость	0,79±0,73	1,51±0,28	1,74±0,45	2,99±0,60	1,41±0,30
Промискуитет	0,51±0,07	1,08±0,17	2,72±0,44	3,67±0,39	0,99±0,20
Реализация сексуальных желаний	0,42±0,04	1,49±0,37	1,60±0,34	1,78±0,18	1,57±0,28
Удовлетворенность половой жизнью	1,18±0,20	2,19±0,66	1,74±0,31	0,83±0,23	2,34±0,59
Психологизация половых отношений	2,61±0,76	2,31±0,73	1,19±0,19	0,71±0,14	2,82±0,51
Поведенческая толерантность к гомосексуалистам	1,74±0,28	1,73±0,19	2,45±0,15	2,31±0,51	1,57±0,30
Семейная прогностичность	2,87±0,41	2,53±0,35	1,02±0,24	1,94±0,52	1,79±0,32

Таблица 3. **Катамнез больных героиновой наркоманией подростков**

Гендерно-ассоциированный тип	Число больных в ремиссии				Всего
	A	D	C	D	
Гендерно-утилитарный (девушки)	0	0	1	7	8
Гендерно-репрессивный (девушки)	12	13	2	1	28
Гендерно-интегрирующий (юноши)	3	1	0	0	4
Гендерно-партнерский (юноши/девушки)	3/2	4/1	5/2	1/9	13/14
Гендерно-независимый (юноши/девушки)	11/5	0/1	6/2	7/12	24/20
Гендерно-доминантный (юноши)	1	3	2	23	29
Всего	37	23	20	60	140

III. *Гендерно-партнерский тип*. Данный тип отличается измененной системой ценностных ориентаций, в большей степени направленной на сочетанное исполнение поло-ролевых обязанностей в социуме. С ранних лет девушки формировались в атмосфере психологического прессинга со стороны доминантной матери с постоянным акцентом на мужскую социальную несостоятельность. Физическое созревание как в контроле при задержке формирования сексуальных интересов. Половая жизнь неинтенсивна и минимальна, половые акты нерегулярны и сопровождаются частой сменой партнеров и промискуитетом. Половая предприимчивость, реализация сексуальных желаний и удовлетворенность половой жизнью низкие.

IV. *Гендерно-утилитарный тип*. Будущие пациентки вырастали в семьях успешных бизнесменов первых постреформенных лет. Оппозиционно девушки усваивали мужскую систему ценностей, ориентируясь преимущественно на социальный прогноз партнера. Характерна склонность к занятию сексом на коммерческой основе. Интенсивность половой жизни максимальна, но половые связи нерегулярны. Смена партнеров практически абсолютна при высоком уровне предприимчивости и промискуитета. Инициация наркомании происходит под влиянием коммерческих секс-партнеров или сутенеров. Гендерное поведение, ориентированное на получение материальной выгоды от секса, позволяет определить тип как гендерно-утилитарный. Ведущими препаратами были корректоры поведения, вводимые в пролонгированных формах.

Гендерно-дифференцированная терапия возможна с постабстинентного этапа. Лечебные мероприятия при гендерно-утилитарном и гендерно-доминантном типах предполагают преимущественно психофармакологическую коррекцию расстройств поведения, при гендерно-репрессивном — психотерапевтическую работу с созависимостью. При иных гендерных типах лечение и реабилитация пациентов гендерно неспецифичны. Как видно из табл. 3, наиболее прогностически благоприятными типами гендерного поведения для юношей являются гендерно-независимый и гендерно-интегрирующий — при качественном лечении и/или личностной интеграции путем стабилизации психосексуальной идентичности происходит формирование ремиссии. Аналогичные тенденции выявляются у девушек при репрессивном типе. Юноши имеют более благоприятный прогноз, чем девушки. Наиболее неблагоприятным типом у юношей является доминантный, а у девушек — утилитарный.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Анучин В.В., Альтшулер В.Б., Власова И.Б., Тимошенко В.З.* Преклинические и начальные проявления хронического алкоголизма у женщин разного возраста. В кн.: Проблемы подросткового и женского алкоголизма. М 1984;21—24.
2. *Бохан Н.А., Мандель А.И.* Личностные особенности опийного аддикта. Сибирский психологический журнал. Томск 2000;13:42—46.
3. *Васильченко Г.С.* (ред.). Сексопатология. Справочник для врачей. М 1990;567.
4. *Иванец Н.Н., Винникова М.А.* Героиновая зависимость (клиника и лечение постабстинентного состояния). М: Медпрактика-М 2001;128.
5. *Личко А.Е., Битенский В.С.* Подростковая наркология. Руководство для врачей. Л 1993;304.
6. *Семке В.Я.* Клиническая персонология. Томск: МГП РАСКО 2001;376.
7. *Сиволап Ю.П., Савченков В.А.* Фармакотерапия в наркологии. Под ред. Н.М. Жарикова. М: Медицина 2000;353.
8. *Сидоров П.И., Митюхляев А.В.* Ранний алкоголизм. Архангельск: Изд-во АГМА 1999;306.
9. *Lopez J.M.O., Redondo L.M., Martin A.M.* Influence of family and deep group on the use of drugs by adolescents. Int J Add 1989;24:1:1065—1082.
10. *Lorber S., Farrell S.* The social construction of gender. New York Center Gender Res : Sage Publisher 1991;123—47.
11. *Moberg D.P., Hahn L.* The adolescent drug involvement scale (ADIS). J Adoles Chem Depend 1991;2:1:75—88.
12. *Weishner C.* The epidemiology of combined alcohol and drug use within treatment agencies: a comparison by gender. J Studies Alcohol 1993;54:3:268—274.