



## ОСОБЕННОСТИ АДДИКТИВНОГО СТАТУСА ЖЕНЩИН С РАССТРОЙСТВАМИ ПОЛОРОЛЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ НЕТРАНССЕСУАЛЬНОГО ТИПА И ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ АЛКОГОЛЯ

Е. П. Архипенко

Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина

**Аннотация.** Проведено исследование 88 женщин возраста 18–27 лет (средний возраст  $22,50 \pm 1,20$  года) зависимостью от алкоголя и расстройствами полоролевого поведения (основная группа), находившихся на лечении в КУОЗ «ХОКПБ №3» и КУОЗ «ХОКНБ» в 2012-2014 гг., а также 30 здоровых женщин (средний возраст  $30,00 \pm 1,03$  лет), жителей г. Харькова и Харьковской области без признаков зависимости и расстройств полоролевого поведения (контрольная группа). Установлено, что женщины, зависимые от алкоголя, с расстройствами полоролевого поведения нетранссексуального типа имеют сложный аддиктивный профиль, на что указывает доминирующий патологический (нозологический) паттерн употребления алкоголя; наличие наряду с нозологическим двух донозологических паттернов употребления психоактивных веществ (ПАВ) различной степени рисковости («относительно безопасный» и «опасный»); наличие двух типов употребления ПАВ (моносубстантный и полисубстантный); наличие нелегальных ПАВ в структуре употребления (каннабиноиды). Более раннее начало первых алкогольных проб, более короткий период бытового пьянства, более ранний возраст формирования первой стадии зависимости от алкоголя, более короткая длительность стадий расстройства, более высокая изначальная толерантность и её рост, более высокая частота случаев измененного опьянения, начиная со II стадии алкоголизма, у женщин с трансформацией половой роли, по сравнению с гиперролевыми женщинами, позволяет рассматривать течение алкогольной зависимости у полотрансформированных женщин как более злокачественное.

**Ключевые слова:** женщины, зависимость от алкоголя, расстройства полоролевого поведения, трансформация полоролевого поведения нетранссексуального типа, гиперфемининное поведение нетранссексуального типа, аддиктивный статус.

### Введение

Женский алкоголизм, особенно молодого возраста, является угрожающей проблемой современности и на сегодняшний день рассматривается как кризисная социальная патология [1–6]. Если до 1970 г. в структуре всех зарегистрированных случаев зависимости от алкоголя соотношение «женского» алкоголизма по отношению к «мужскому» составляло 1:12, то в настоящее время оно оценивается как 1:5 [4]. Начиная с 1980 года наблюдается устойчивая тенденция «омоложения» женского алкоголизма — его рост у несовершеннолетних женского пола [7, 8]. Снижение возраста начала употребления алкоголя и раннее формирование зависимости в подростковой популяции нарушает и искажает процессы психофизического созревания в ней, приводит к ранней утрате функциональности, снижению адаптационного и репродуктивного ресурса, значимо повышает риски демографических потерь [9, 10].

На сегодняшний день установлено, что женский алкоголизм является биологической (соматопсихической) и личностной патологией, обусловленной: а) дисгармонией возрастного и психического развития; б) наследственно-преморбидной отягощенностью; в)

высокой уязвимостью женского организма к воздействию внешнесредовых факторов, но особенно к токсическому воздействию алкоголя в раннем возрастном периоде [1, 5, 6]. Отмечено, что распространению употребления алкогольсодержащих напитков среди женской части подростковой популяции способствует их относительная доступность и дешевизна, легальный статус, а также высокая стрессогенность современного урбанистического образа жизни [9, 10, 11]. Все чаще современные подростки употребляют алкоголь для: 1) снижения социальной тревожности [9, 11]; 2) облегчения межличностного коммуницирования со сверстниками [12]; 3) повышения результативности собственного процептивного поведения (т. е. поведения, направленного на установление и поддержание сексуальных контактов, включая поиск полового партнера и действия, побуждающие его к половому акту) [13]; 4) временной дезактуализации переживаний, связанных с имеющимся полоролевым конфликтом, смягчения проявлений половой дисфории при расстройствах половой идентификации [14].

Указания на такого рода побудителей раннего аддиктивного поведения чрезвычайно важны, так как позволяют выделить в попу-

ляции лиц, которые используют алкоголь в качестве модификатора и корректора собственных неадаптивных паттернов полоориентированного поведения.

Установление причин снижения возраста начала употребления алкоголя у женщин, вероятно связанных с девиациями и аномалиями индивидуального психосексуального развития, изучение особенностей ранней алкоголизации, маскирующей наличие неадаптивных паттернов полоориентированного поведения, в частности, полоролевых, является актуальной исследовательской задачей.

Исходя из актуальности тематики, **целью нашего исследования** являлось изучение особенностей аддиктивного статуса у женщин, зависимых от алкоголя, проявляющих клинически значимые признаки расстройства полоролевого поведения.

#### **Материалы исследования**

Проведено исследование 88 женщин возраста 18–27 лет (средний возраст  $22,50 \pm 1,20$  года) с зависимостью от алкоголя и расстройствами полоролевого поведения (основная группа), находившихся на лечении в КУОЗ «ХОКПБ №3» и КУОЗ «ХОКНБ» в 2012–2014 гг., а также 30 здоровых женщин (средний возраст  $30,00 \pm 1,03$  лет), жителей г. Харькова и Харьковской области без признаков зависимости и расстройств полоролевого поведения (контрольная группа). Выделению основной группы предшествовало изучение 133 женщин, зависимых от алкоголя по клиническому критерию «наличия-отсутствия нормативного (фемининного) стереотипа полоролевого поведения» [15]. Дальнейшая дифференциация установленных у пациенток ненормативных (по медицинскому критерию) стереотипов полоролевого поведения по критерию их «патологичности-непатологичности» [15] позволила в основной группе (ОГ) выделить четыре подгруппы:

- первую подгруппу составили 38 (43,18 %) женщин с зависимостью от алкоголя и непатологической трансформацией полоролевого поведения;

- вторую подгруппу объединила 12 (13,64 %) женщин с зависимостью от алкоголя и патологической трансформацией полоролевого поведения;

- третью подгруппу составили 29 (32,95 %) женщин с зависимостью от алкоголя и непатологическим гиперролевым (гиперфемининным) поведением;

- в четвертую подгруппу вошли 9 (10,23 %) женщин с зависимостью от алкоголя и патологическим гиперролевым (гиперфемининным) поведением.

Под трансформацией полоролевого поведения в настоящем исследовании понималось полоролевое поведение, свойственное другому полу, при правильном половом самосознании, а под гиперролевым поведением — поведение с чрезмерной акцентуацией некоторых особенностей женской половой роли [15]. Полоролевая трансформация и гиперролевое поведение у женщин в традициях отечественной сексологической школы рассматриваются как непатологические нарушения стереотипа полоролевого поведения [15,16]. Патологическая трансформация полоролевого поведения находит свое отражение в сексуальном садизме, а патологическое гиперфемининное поведение – в сексуальном мазохизме [15,16].

Все установленные расстройства полоролевого поведения у женщин основной группы относились к нетранссексуальному типу. Под расстройством полоролевого поведения нетранссексуального типа в настоящем исследовании понималось полоролевое поведение, ненормативное по медицинскому критерию, при котором имеет место правильное половое самосознание (соответствующее морфологическому и гражданскому полу) [15].

Нозологическая диагностика расстройств половой роли и связанных с ними аномалий сексуальных предпочтений проводилась соответственно рубрикам МКБ-10: F64, F65 [17].

Согласно указаниям составителей МКБ-10 нетранссексуальные расстройства половой роли, такие как гиперролевое поведение и полоролевая трансформация были отнесены к диагностической категории F64.9 «Расстройство половой идентификации, неуточнённое» рубрики F64 («Расстройство половой идентификации»). В длиннике диагноза после шифра F64.9 в скобках указывались вид нетранссексуального расстройства половой роли: «полоролевая трансформация» или «гиперролевое поведение». У части пациенток с трансформированным (13,64 %) и гиперролевым поведением (10,23 %) были установлены аномалии сексуального влечения, по активности соответствующие критериям рубрики F65 категории F65.5 «Садомазохизм». В этих случаях, в зависимости от характера преобладающего подтипа указанного расстройства сексуального предпочтения в длиннике диагноза после шифра F65.5 в скобках указывались форма парафилии: «садизм» или «мазохизм». Такое формирование длинника диагноза связано с тем, что составитель МКБ-10 не указал отдельных шифров для подкатегорий

F64.9 и F65.5. Диагностические принципы МКБ-10 подразумевают не только возможность, но и необходимость в соответствующих случаях полидиагностики, т. е. использования нескольких диагностических рубрик для кодирования одного случая. Во-первых, возможно раздельное кодирование длинника болезни и настоящего состояния (С. Ю. Циркин, 1993). Во-вторых, это позволяет учитывать коморбидность расстройств половой идентификации и полового предпочтения. Распределение групп и подгрупп сравнения по критериям МКБ-10 представлено в табл. 1.

#### Методы исследования

1. Клинико-психопатологический (основной), дополненный Методом комплексной оценки аддиктивного статуса индивида и популяции с помощью системы AUDIT-подобных тестов (И. В. Линский, А. И. Минко, А. Ф. Артемчук [и др.]) [18].

2. Клинико-психологический.

3. Методы математической статистики.

Статистическая обработка включала в себя анализ частотности анализируемых признаков (абсолютные их значения, удельный вес), методы параметрической и непараметрической статистики (метод сравнения средних Т-Тест для независимых переменных, критерий Фишера, критерий Манна-Уитни, вычисление непараметрического коэффициента корреляции Спирмена [программа «Statistica 6.0»]).

#### Результаты исследования и их обсуждение

На момент исследования все женщины

с синдромом зависимости от алкоголя и расстройством полоролевого поведения нетранссексуального типа (РППП НТСТ) находились в стадии ранней ремиссии по критериям МКБ-10 (F10.20). У большинства пациенток первой и второй подгрупп ОГ была установлена II стадия зависимости от алкоголя (ЗА), а у большинства пациенток третьей и четвертой подгрупп — I стадия ЗА. Различия между подгруппами статистически достоверны,  $p < 0,01$  (табл. 2).

Из табл. 2 также следует, что в исследованном контингенте не было женщин с III стадией ЗА.

Средний возраст первого употребления алкоголя, начала бытового пьянства, формирования стадий зависимости у женщин с РППП НТСТ, зависимых от алкоголя, отражены в табл. 3.

У большинства женщин первой подгруппы ОГ первая проба алкоголя (ППА) отмечена в возрасте  $10,10 \pm 1,20$  лет, а у 42,11 % из них — в возрасте  $13,00 \pm 1,80$  лет (средний возраст ППА в подгруппе —  $11,55 \pm 1,80$  лет) (табл. 3). У большинства женщин во второй подгруппе ОГ первое знакомство с алкоголем произошло в возрасте  $10,00 \pm 1,20$  лет, а у 41,67 % из них — в возрасте  $12,00 \pm 1,80$  лет (средний возраст ППА в подгруппе —  $11,00 \pm 1,60$  лет) (табл. 3). Различия между 1-й и 2-й подгруппой по параметру «средний возраст первой пробы алкоголя» статистически не достоверно ( $p > 0,1$ ). У большинства женщин третьей подгруппы ОГ первое знакомство с алкоголем произошло в возрасте  $15,30 \pm 0,87$  лет, а у 44,83 % из них —

Таблица 1

#### Распределение групп и подгрупп сравнения по критериям МКБ-10, %

Группы, подгруппы сравнения	Диагноз по критериям МКБ-10	N	%
Основная группа: женщины, зависимые от алкоголя с расстройствами полоролевого поведения нетранссексуального типа		88	100,00
1-я подгруппа: с трансформацией полоролевого поведения нетранссексуального типа	F10.20, F64.9 (полоролевая трансформация)	38	43,18
2-я подгруппа: с патологической трансформацией полоролевого поведения нетранссексуального типа и расстройством сексуального предпочтения в форме садизма	F10.20, F64.9 (полоролевая трансформация), F65.5 (садизм)	12	13,64
3-я подгруппа: с гиперролевым поведением нетранссексуального типа	F10.20, F64.9 (гиперролевое поведение)	29	32,95
4-я подгруппа: с патологическим гиперролевым поведением нетранссексуального типа и расстройством сексуального предпочтения в форме мазохизма	F10.20, F64.9, (гиперролевое поведение), F65.5 (мазохизм)	9	10,23
Контрольная группа: здоровые женщины без зависимости от алкоголя, с нормативным (фемининным) полоролевым поведением	—	30	100,00

Таблиця 2

**Распределение женщин с РППП НТСТ, зависимых от алкоголя по отношению к стадиям расстройства, %**

Стадии зависимости от алкоголя	Основная группа, подгруппы			
	1-я, N=38	2-я, N=12	3-я, N=29	4-я, N=9
I стадия	42,11 <sup>1</sup>	41,67 <sup>3</sup>	58,62 <sup>2</sup>	55,56 <sup>4</sup>
II стадия	57,89 <sup>5</sup>	58,33 <sup>7</sup>	41,38 <sup>6</sup>	44,44 <sup>8</sup>
Всего:	100,00	100,00	100,00	100,00

Примечание: достоверность внутригрупповых различий <sup>1-3</sup> —  $p < 0,01$ ; <sup>3-4</sup> —  $p < 0,01$ ; <sup>5-6</sup> —  $p < 0,01$ ; <sup>7-8</sup> —  $p < 0,01$

Таблиця 3

**Средний возраст первого употребления алкоголя, начала бытового пьянства, стадий формирования зависимости от алкоголя у женщин-аддиктов с РППП НТСТ, M±m**

Средний возраст, лет	Основная группа, подгруппы, N=88			
	1-я, N=38	2-я, N=12	3-я, N=29	4-я, N=9
Первого употребления алкоголя	11,55±1,80 <sup>1</sup>	11,00±1,60	14,50±2,60 <sup>2</sup>	14,45±2,40
Начала бытового пьянства	14,60±1,20	14,40±1,30	19,60±2,60	19,40±1,40
Формирования I стадии алкогольной зависимости	17,10±2,10	16,90±1,80	23,70±2,20	23,40±2,10
Формирования II стадии алкогольной зависимости	18,21±2,80 <sup>3</sup>	17,90±2,40	25,80±2,40 <sup>4</sup>	25,40±2,10

Примечание: достоверность внутригрупповых различий <sup>1-3</sup> —  $p < 0,01$ ; <sup>3-4</sup> —  $p < 0,01$

в возрасте 13,70±1,60 лет (средний возраст ППА в подгруппе — 14,50±2,60 лет) (табл. 3). У большинства женщин четвертой подгруппы ОГ ППА отмечена в возрасте 13,70±1,60 лет, а у 44,44 % из них — в возрасте 15,20±1,60 лет (средний возраст ППА в подгруппе — 14,45±2,40 лет) (табл. 3). Различие между 3-й и 4-й подгруппой по параметру «средний возраст первой пробы алкоголя» статистически не достоверно ( $p > 0,01$ ). Из табл. 3 следует, что у всех женщин с трансформациями полоролевого поведения (1-я и 2-я подгруппы) первое знакомство с алкогольсодержащими напитками происходило значительно раньше, чем у гиперролевых (гиперфемининных) женщин (3-я и 4-я подгруппы) ( $p < 0,01$ ). ППА в подгруппах женщин с трансформациями полоролевого поведения приходилось на период формирования стереотипа полоролевого поведения (7–13 лет, по нормативам Г. С. Васильченко [15]), когда происходит выбор половой роли, наиболее соответствующий психофизиологическим особенностям ребенка и идеалам маскулинности (или фемининности) микросоциальной среды. ППА у большинства женщин с полоролевыми трансформациями (31, или 62,00 %) происходили в компаниях сверстников мужского пола, при алкоголизации доминировала мотивация личностного

характера: подражание мальчишкам, утверждение себя в мужской компании; у части женщин (15, или 30,00 %) первая алкоголизация произошла во время вовлечения их в сексуальные эксцессы более старшими подростками или взрослыми мужчинами, 4 женщины (8,00 %) впервые попробовали алкоголь с целью «успокоиться» после актов сексуального насилия над ними. В донозологический период 3А в первой и во второй подгруппах в структуре потребляемых алкогольсодержащих продуктов преобладали крепленые вина и крепкие спиртные напитки (водка, виски, самогон). У гиперролевых женщин первое знакомство с алкоголем происходило значительно позже (средний возраст 14,48±2,80 лет) и во временном аспекте приходилось на этап формирования психосексуальной ориентации. ППА осуществлялись у большинства из них в компаниях сверстниц на днях рождения, по инициативе последних. В ассортименте при первых пробах преобладали слабоалкогольные напитки — коктейли (джин-тоник, ром-кола, бренди-кола и пр.), а на этапах эпизодического и систематического употребления — вина, вермуты, ликеры. Сопоставляя данные о среднем возрасте дебюта употребления алкоголя в группе женщин с РППП НТСТ, отметим, что начало алкоголизации у

всех женщин с трансформациями полоролевого поведения пришлось на допубертатный, а у всех гиперфемининных женщин — на пубертатный период. У большинства женщин первой и второй подгрупп (57,89 % и 58,33 %, соответственно) начало бытового пьянства (БП) приходилось на возраст до 15 лет (средний возраст больных первой подгруппы к началу БП —  $14,60 \pm 1,20$ , второй подгруппы —  $14,40 \pm 1,30$  лет). Средний возраст женщин с трансформациями полоролевого поведения (1-й и 2-й подгрупп) к началу БП —  $14,50 \pm 1,40$  лет. У женщин третьей и четвертой подгрупп БП формировалось позже — в возрасте 19–20 лет (средний возраст больных третьей подгруппы к началу БП —  $19,60 \pm 2,60$ , четвертой подгруппы —  $19,40 \pm 1,40$  лет). Средний возраст гиперролевых женщин (3-й и 4-й подгрупп) к началу БП —  $19,50 \pm 1,80$  лет. Начало БП у женщин третьей и четвертой подгрупп во временном аспекте приходился на переходной период сексуальности (16–26 лет) и в большинстве случаев прямо зависел от аддиктивного поведения сексуальных партнеров и подруг. В первом случае совместная алкоголизация по инициативе сексуального партнера стереотипно предшествовала интимной близости, а часто и завершала её. В части случаев (34,48 % в третьей и 33,33 % в четвертой подгруппах) начало БП было обусловлено принятием алкогольных традиций женского коллектива, в котором находились пациентки.

Средний возраст гиперролевых женщин к началу БП был значимо выше, чем таковой у женщин с трансформациями половой роли ( $p < 0,01$ ) (табл. 3). Продолжительность БП у большинства женщин первой подгруппы (57,89 %) составила  $2,20 \pm 1,60$  года, а у 42,11 % женщин подгруппы —  $2,80 \pm 1,80$  года (средняя продолжительность БП в первой подгруппе —  $2,50 \pm 2,40$  года). Продолжительность БП у большинства женщин второй подгруппы (58,33 %) составила  $2,10 \pm 1,60$  года, а у 41,67 % женщин —  $2,90 \pm 1,80$  года (средняя продолжительность БП во второй подгруппе —  $2,50 \pm 2,40$  года). Средняя продолжительность этапа БП у женщин с трансформациями полоролевого поведения (1–2 подгрупп) составила —  $2,50 \pm 1,40$  года. Продолжительность БП у большинства женщин третьей подгруппы (55,17 %) составила  $4,20 \pm 1,60$  года, а у 44,83 % женщин подгруппы —  $4,00 \pm 1,80$  года (средняя продолжительность БП в третьей подгруппе —  $4,10 \pm 2,40$  года). Средняя продолжительность БП у женщин четвертой подгруппы составила  $4,00 \pm 1,60$  года. Средняя продолжительность БП у женщин с гиперролевым поведением (3–4 подгрупп) соста-

вила —  $4,05 \pm 1,40$  года. Средняя продолжительность БП у женщин с трансформацией половой роли по сравнению с таковой у гиперролевых женщин была короче в 1,62 раза ( $p < 0,01$ ). Средний возраст формирования первой стадии зависимости от алкоголя (3А) в первой подгруппе ОГ —  $17,10 \pm 2,10$  года, во второй —  $16,90 \pm 1,80$ , в третьей —  $23,70 \pm 2,10$ , четвертой —  $23,40 \pm 2,10$  года. Т. е. у женщин с трансформацией половой роли формирование первой стадии зависимости от алкоголя происходило в возрасте 16–18 лет (в среднем, в  $17,00 \pm 2,10$  года), а у женщин с гиперролевым поведением — в возрасте 23–24 года (в среднем, в  $23,55 \pm 2,10$  года). Из таблицы 3 также следует, что период от начала употребления алкоголя до периода начала систематического пьянства и период от первых проб алкоголя до формирования зависимости был значимо короче у женщин с трансформациями полоролевого поведения, что может быть объяснено ранней сформированностью у них «мужского» аддиктивного паттерна (алкоголь употреблялся чаще, крепость потребляемого алкоголя была выше, употребление в мужских компании осуществлялось «на равных») и более рискованном стилем аддиктивного поведения в целом.

Были установлены также различия в средней продолжительности I стадии алкогольной зависимости. У большинства женщин первой и второй подгрупп (57,89 % и 58,33 %, соответственно) средняя продолжительность I стадии 3А составляла  $8,20 \pm 1,20$  и  $8,10 \pm 1,20$  месяца; у 42,11 % женщин первой и 41,67 % второй подгруппы —  $1,40 \pm 1,20$  и  $1,20 \pm 1,20$  года, соответственно. Средняя продолжительность I стадии 3А: в первой подгруппе —  $1,11 \pm 1,20$  года, во второй —  $1,00 \pm 1,20$  года. Средняя продолжительность I стадии 3А у женщин с трансформациями полоролевого поведения составила  $1,30 \pm 1,10$  года.

Средняя продолжительность I стадии 3А у большинства женщин третьей подгруппы (55,17 %) составила  $2,00 \pm 1,60$  года, а у 44,83 % женщин подгруппы —  $2,20 \pm 1,80$  года (средняя продолжительность I стадии 3А в третьей подгруппе —  $2,10 \pm 1,40$  года). Средняя продолжительность I стадии 3А у женщин четвертой подгруппы составила  $2,00 \pm 1,60$  года. Средняя продолжительность I стадии 3А у женщин с гиперролевым поведением составила —  $2,05 \pm 1,40$  года. Средняя продолжительность I стадии алкогольной зависимости у женщин с трансформированным полоролевым поведением в 1,58 раза оказалась короче по сравнению с таковой у гиперролевых аддиктов ( $p < 0,01$ ). Изменение толерантности к алкоголю (в литрах 40 %

этанол) в динамике зависимости у трансролевых и гиперролевых женщин отражено в табл. 4.

Из табл. 4 следует, что изначальная толерантность и ее рост была больше у женщин с трансформациями полоролевого поведения.

Начиная со второй стадии алкогольного расстройства у значительного числа трансролевых женщин (48,00 %) было отмечено измененное опьянение по эксплозивному варианту [19]. В состоянии опьянения у таких пациенток появлялись вспыльчивость, склонность к агрессии, злобность, придиричивость. У части гиперролевых женщин (28,95 %) начиная со второй стадии было отмечено измененное опьянение с преобладанием депрессивного аффекта с подавленностью, тревогой, воспоминаниями о нанесенных обидах. Частота случаев измененного опьянения значимо выше у трансролевых женщин ( $p < 0,01$ ).

Стандартная процедура оценки аддиктивного статуса пациенток, зависимых от алкоголя с нарушением полоролевого поведения (НПП) и здоровых женщин включала

по уровню рисковости характеризовалось как «относительно безопасное».

Паттерн употребления алкоголя у всех женщин с РПП НТСТ характеризовался как нозологический (набранные баллы в тесте AUDIT находились в интервале от 20 до 40 баллов). Наличие максимально высоких баллов в AUDIT-тесте объективизировало наличие зависимости от алкоголя по критериям МКБ-10.

9 (10,23 %) женщин с РПП НТСТ на этапе формирования субстантных предпочтений разово или эпизодически употребляли каннабиноидсодержащие вещества. В AUDIT-подобном тесте выявления расстройств, связанных с употреблением каннабиноидов (препаратов конопли: гашиша, марихуанны и пр.), все они набрали  $>0$ , но менее 7 баллов, что позволяет интерпретировать употребление указанных ПАВ как «относительно безопасное». 32 (36,36 %) женщины с РПП НТСТ употребляли никотинсодержащие вещества. В AUDIT-подобном тесте выявления расстройств, связанных с употреблением табака, все они набрали от 8 до 15 баллов, что позволило интерпретировать

Таблица 4

**Изменение толерантности к алкоголю (в литрах 40 % этанола) в динамике расстройства,  $M \pm m$**

Женщины с РПП НТСТ	Стадия зависимости от алкоголя		
	Физиологическая толерантность	I	II
Трансролевые, N=50	0,37±0,31	0,50±0,69 <sup>1</sup>	2,50±0,07 <sup>3</sup>
Гиперролевые, N=38	0,09±0,12	0,32±0,58 <sup>2</sup>	1,63±0,14

Примечание: достоверность внутригрупповых различий <sup>1-3</sup> —  $p < 0,05$  <sup>3-4</sup> —  $p < 0,01$

изучение:

а) частот употребления алкоголя и других психоактивных веществ (ПАВ);

б) структуры употребляемых ПАВ;

в) типа употребления ПАВ;

г) наличие/отсутствие в структуре употребления легальных и нелегальных ПАВ.

Результаты исследования применения AUDIT и AUDIT-подобных тестов отражены в табл. 5.

Из данных, представленных в табл. 5, следует, что все испытуемые женщины были знакомы с алкогольсодержащими напитками, а 46,59 % женщин с РПП НТСТ имели опыт употребления иных ПАВ. Установлено, что все женщины в КГ разово пробовали или эпизодически употребляли алкоголь (набрали  $>0$ , но менее 7 баллов по результатам AUDIT-теста), но никогда не употребляли иные ПАВ (0 баллов в AUDIT-подобных тестах). Употребление алкоголя у женщин КГ

употребление указанных ПАВ как «опасное». В целом, паттерны употребления препаратов конопли и табака характеризовались как донозологические, что позволило включить пациенток с такими паттернами в основную группу.

Результаты изучения структуры употребляемых ПАВ, типа употребления ПАВ, наличие/отсутствие в структуре употребления легальных и нелегальных ПАВ у женщин в группах сравнения отражены в табл. 6.

Данные табл. 6 дают представление о структуре употребления ПАВ в обследованном контингенте и показывают, что алкогольсодержащие напитки одинаково часто предпочитают как женщинами основной, так и контрольной групп. Моно субстантный тип употребления алкоголя установлен у всех женщин контрольной и у большинства женщин основной группы. Поли субстантный тип употребления ПАВ (наряду с алкоголем

Таблиця 5

**Результаты применения AUDIT и AUDIT-подобных тестов  
у женщин в группах сравнения, %**

Интерпретационные характеристики результатов применения AUDIT – теста			Группы сравнения			
			ОГ, n=88		КГ, n=30	
Сумма баллов	Уров. риска	Квалификация состояния	абс.ч., чел.	отн.ч., %	абс.ч., чел.	отн.ч., %
0	Зона 0	Употребление отсутствует	–	–	–	–
1-7	Зона I	Относительно безопасное употребление	–	–	30	100,00
8-15	Зона II	Опасное употребление	–	–	–	–
16-19	Зона III	Употребление с вредными последствиями	–	–	–	–
20-40	Зона IV	Зависимость от алкоголя согласно критериям МКБ-10	88	100,00	–	–
Всего:			88	100,00		
Интерпретационные характеристики результатов применения AUDIT-подобных тестов						
0	Зона 0	Употребление отсутствует	–	–	–	–
1-7	Зона I	Относительно безопасное употребление	9	10,23	–	–
8-15	Зона II	Опасное употребление	32	36,36	–	–
16-19	Зона III	Употребление с вредными последствиями	–	–	–	–
20-40	Зона IV	Зависимость от ПАВ согласно критериям МКБ-10	–	–	–	–
Всего:			9	10,23		

разово или эпизодически употребляются препараты конопли, наряду с алкоголем систематически употребляются никотинсодержащие смеси), а также наличие нелегальных ПАВ в структуре употребления выявлен исключительно у женщин с РППП НТСТ.

После анализа и сопоставления полученных в ходе исследования данных были сделаны следующие **обобщения**:

1. У женщин, зависимых от алкоголя, с расстройствами полоролевого поведения нетранссексуального типа достоверно установлен сложный аддиктивный профиль, на что указывает:

- доминирующий патологический (нозологический) паттерн употребления алкоголя;
- наличие наряду с нозологическим двух донозологических паттернов употребления ПАВ различной степени рисковости («относительно безопасный» и «опасный»);
- наличие двух типов употребления ПАВ (моносубстантный и полисубстантный);
- наличие нелегальных ПАВ в структуре употребления (каннабиноиды).

2. У здоровых женщин без расстройства полоролевого поведения установлен простой аддиктивный профиль:

- исключительно донозологический паттерн употребления алкоголя;
- наличие одного типа употребления ПАВ (моносубстантного);
- отсутствие нелегальных ПАВ в структуре употребления.

3. Аддиктивный профиль женщин, зависимых от алкоголя с расстройствами полоролевого поведения нетранссексуального типа, является более сложным по сравнению с таковым у здоровых женщин без расстройств полоролевого поведения.

4. Первые пробы алкоголя у всех женщин-аддиктов с трансформациями полоролевого поведения приходились на допубертатный период, тогда как у всех гиперролевых женщин-аддиктов на пубертатный период ( $p < 0,01$ ). При этом, начало алкоголизации у большинства полотрансформированных женщин приходилось на критический период психосексуального развития — период формирования стереотипа полоролевого поведения (7–13 лет, по нормативам Г. С. Васильченко [14]).

5. Средняя продолжительность бытового пьянства у женщин с трансформацией половой роли по сравнению с таковой у гиперролевых женщин была короче в 1,62 раза ( $p < 0,01$ ).

6. Средняя продолжительность I стадии алкогольной зависимости у женщин с трансформированным полоролевым поведением в 1,58 раза оказалась короче по сравнению с таковой у гиперролевых аддиктов ( $p < 0,01$ ).

7. Более раннее начало алкоголизации у большинства трансролевых женщин тесно связано с их желанием подражать мужчинам, быть принятыми в мужские компании, разделить ценности мужских компаний, которые некритично в силу возрастной незрелости расценивались как более «ценные».

**Результаты исследования структуры употребляемых ПАВ,  
типа употребления ПАВ, наличия в структуре употребления нелегальных ПАВ  
у женщин в группах сравнения, %**

Структура употребляемых ПАВ	Группы обследованных			
	Женщины основной группы, N=88		Женщины контрольной группы, N=30	
	абс.ч., чел.	отн.ч., %	абс.ч., чел.	отн.ч., %
Алкоголь	88	100,00	30	100,00
Каннабиноиды (марихуана)	9	10,23	–	–
Табак	32	36,36	–	–
Тип употребления ПАВ				
моносубстантный	47	53,41	30	100,00
полисубстантный	41	46,59	–	–
Наличие в структуре употребления нелегальных ПАВ				
наличие нелегальных ПАВ	9	10,23	–	–

Период от первых проб алкоголя до формирования зависимости был значимо короче у женщин с трансформациями полоролевого поведения, что может быть объяснено в большинстве случаев ранней акцепцией «мужского» высокорискового аддиктивного паттерна (алкоголь употреблялся чаще, крепость потребляемого алкоголя была выше, дозы больше, употребление в мужских компаниях осуществлялось «на равных»).

8. Аддиктивное поведение на донозологическом этапе зависимости у большинства гиперролевых женщин формировалось под влиянием референтного окружения и прямо зависело от аддиктивного поведения их сексуальных партнеров и подруг. Отказаться сексуальному партнеру или подруге в совместном распитии алкогольных напитков в силу имеющихся полоролевых характеристик (уступчивость, ведомость, подчиняемость) гиперролевые женщины не могли.

9. Более ранее начало первых алкогольных проб, более короткий период бытового пьянства, более ранний возраст формирования первой стадии зависимости от алкоголя, более короткая длительность стадий расстройств, более высокая изначальная толерантность и её рост, более высокая частота случаев измененного опьянения начиная со II стадии алкоголизма у женщин с трансформацией половой роли, по сравнению с гиперролевыми женщинами, позволяет рассматривать течение алкогольной зависимости у полотрансформированных женщин как более злокачественное.

Полученные данные исследования представляют собой признаки, учет которых будет способствовать ранней диагностике и адекватной терапии у женщин с расстройствами полоролевого поведения нетранссексуального типа.

### Литература

1. Альтшулер В. Б. Женский алкоголизм [Текст] / В. Б. Альтшулер // Лекции по наркологии / под ред. Н. Н. Иванца. – М.: Нолидж, 2000. – С. 116–134.
2. Короленко Ц. П. Формы женской аддиктивной зависимости в постмодернистской культуре [Текст] / Ц. П. Короленко, Т. А. Шпикс // Обзорение психиатрии и медицинской психологии. – 2012. – № 1. – С. 7–12.
3. Stewart S. H. Women, girls, and alcohol [Text] / S. H. Stewart, D. Gavric, P. Collins // Brady K. T., Back S. E., Greenfield S., eds. Women and addiction: a comprehensive handbook. – New York, NY: Guilford Press, 2009 – P. 124–148.
4. Шайдукова Л. К. Конституционально-психологические особенности нарушений полоролевого поведения женщин, злоупотребляющих алкоголем [Текст] / Л. К. Шайдукова // Практическая медицина. – 2012. – № 2. – С. 118–121.
5. Овчинников С. В. Клинико-психологические особенности алкоголизма у молодых женщин с девиантным поведением [Текст] / С. В. Овчинников [и др.] // Материалы научно-практической конференции врачей-психиатров Московской области «Вопросы социальной и клинической психиатрии и наркологии». – М.: 2006. – С. 269–270.
6. Овчинников С. В. Алкоголизм молодых женщин с девиантным поведением (клинико-психологический, социальный и терапевтический аспекты) [Текст] / С. В. Овчинников, Б. Д. Цыганков, С. А. Шапов, И. В. Старкова // Клиническая наркология. – 2008. – № 3. – С. 67–72.
7. Ураков И. Т. Возрастные аспекты начального этапа формирования женского алкоголизма [Текст] / И. Т. Ураков, И. Б. Власова // Клинические аспекты алкоголизма в подростковом возрасте. – М., 1982. – С. 51–53.
8. Иванец Н. Н., Взаимосвязь показателей прогрессивности алкоголизма с некоторыми преморбидными факторами [Текст] / Н. Н. Иванец, А. Л. Игонин // Журнал невропатологии и психиатрии. – 1983. – Вып. 8. – С. 1222–1228.



9. Иовчук Н. М. Детская социальная психиатрия для непсихиатров [Текст] / Н. М. Иовчук, А. А. Северный, Н. Б. Морозова. – СПб.: Питер, 2008. – 416 с.

10. Воронов Б. В. Детская и подростковая психиатрия [Текст] / Б. В. Воронов. – СПб.: Наука и Техника, 2009. – 240 с.

11. Слободянюк Д. П. Медико-психологічні особливості формування залежної поведінки у молоді при соціальних фобіях [Текст] / Д. П. Слободянюк // Медична наука – 2010: матеріали наук.-практ. конференції (Полтава, 16-17 грудня 2010). – Полтава, 2010. – С. 62–63.

12. Грошев И. В. Анализ современных исследований гендерно-половозрастных характеристик социобических психических расстройств, детерминирующих поведенческие паттерны личности [Текст] / И. В. Грошев // Российский психиатрический журнал. – 2010. – №3. – С. 16–24.

13. Лаундес Л. (Leil Lowndes) С. С. С. (скрытые сексуальные сигналы) [Текст] / Л. Лаундес / пер. с англ. И. Ющенко, Д. Буков. – М.: Добрая книга, – 2003. – 304 с.

14. Матевосян С. Н. Половая дисфория (клинико-феноменологические особенности и лечебно-ре-

абилитационные аспекты синдрома «отвергания пола») [Текст] / С. Н. Матевосян, Г. Е. Введенский. – М.: ООО «Медицинское информационное агенство», 2012. – 400 с.

15. Частная сексопатология: (Руководство для врачей) / под ред. Г. С. Васильченко – Т. 2. – М.: Медицина, 1983. – 352 с.

16. Кришталь В. В., Сексологія. Навчальний посібник [Текст] / В. В. Кришталь, Є. В. Кришталь, Т. В. Кришталь. – Х. Фоліо, 2008. – 990 с.

17. Карманное руководство к МКБ-10. Классификация психических и поведенческих расстройств (с глоссарием и исследовательскими диагностическими критериями) [Текст] / Сост. Дж. Купер; Под ред. Дж. Э. Купера; пер. с англ. Д. Полтавца. – К.: Сфера, 2001. – 416 с.

18. Метод комплексной оценки аддиктивного статуса индивида и популяции с помощью системы AUDIT-подобных тестов [Текст] / И. В. Линский, А. И. Минко, А. Ф. Артемчук [и др.] // Вісник психіатрії та психофармакотерапії. – 2009. – №2 (16). – С. 56–70.

19. Иванец Н. Н. Типология алкоголизма [Текст] / Н. Н. Иванец, Л. М. Савченко. – М.: Российский благотворительный фонд «НАН», 1996. – С. 20–34.

#### ОСОБЛИВОСТІ АДИКТИВНОГО СТАТУСУ ЖІНОК, З РОЗЛАДАМИ ПОВЕДІНКИ СТАТЕВОРОЛЬОВОГО НЕТРАНССЕСУАЛЬНОГО ТИПУ ТА ЗАЛЕЖНІСТЮ ВІД АЛКОГОЛЮ

О. П. Архіпенко

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна

Проведено дослідження 88 жінок віком 18–27 років (середній вік  $22,50 \pm 1,20$  років) із залежністю від алкоголю та розладами статевої поведінки (основна група), які перебували на лікуванні в КЗОЗ «ХОКПБ №3» та КЗОЗ «ХОКНБ» в 2012–2014 рр., а також 30 здорових жінок (середній вік  $30,00 \pm 1,03$  років), мешканок м. Харкова та Харківської області без ознак залежності від алкоголю та розладів статевої поведінки (контрольна група). Встановлено, що жінки, залежні від алкоголю, з розладами статевої поведінки нетранссексуального типу мають складний адиктивний профіль, на що вказує домінуючий патологічний (нозологічний) патерн споживання алкоголю; наявність поряд з нозологічним двох донозологічних патернів вживання ПАР різного ступеня ризику («відносно безпечний» та «небезпечний»); наявність двох типів вживання ПАР (моно- і полісубстантний); наявність нелегальних ПАР у структурі споживання (каннабіноїди), нелегальних ПАР у структурі споживання (канабіноїди). Більш ранній початок перших алкогольних проб, більш короткий період побутового пияцтва, більш ранній вік формування першої стадії залежності від алкоголю, більш коротка тривалість стадій розладів, більш висока початкова толерантність і її зростання, більш висока частота випадків зміненого сп'яніння, починаючи з II стадії алкоголізму у жінок з трансформацією статевої ролі, порівняно з гіперролевими жінками, дозволяє розглядати протікання алкогольної залежності у

#### CHARACTERISTICS OF ADDICTIVE STATUS IN WOMEN WITH DISORDERS IN GENDER-ROLE BEHAVIOR OF NON-TRANSSEXUAL TYPE AND ALCOHOL ADDICTION

Y. P. Archipenko

V. N. Karazin Kharkiv National University

Eighty eight (88) women OF 18–27 years old (average age 22.50 years) with alcohol addiction and deviations of gender-role behavior (treatment group) in-patient patients in Regional Clinical Psychiatric Hospital No.3 and Kharkov Regional Clinical Narcological Hospital in 2012–2014 as well as 30 healthy women (average age 30.00 years) residents of Kharkov and Kharkov region without signs of addiction and deviations of gender-role behavior (reference group) have been studied. Addicted women with gender-role deviations of non-transsexual behavior were found to have complex addictive profile that can be shown by: dominant pathologic (nosologic) pattern of alcohol consumption; presence of two prenosological patterns of consumption of psychoactive substances (PAS) of different hazardous level ('relatively safe' and 'hazardous') alone with nosologic patterns; presence of two types of PAS consumption (mono-substance and poly-substance); consumption of two illegal PAS (cannabinoids). Such factors as earlier beginning of alcohol consumption, shorter period of inebriety, earlier age of the first degree of alcohol addiction, shorter duration of stages of disorder, higher initial tolerability and its increase, increased incidence of altered state of alcohol intoxication starting from the alcoholism II degree in women with gender-role transformation compared to hyperrole women allow considering clinical course of alcohol addiction in women with gender-role transformation as more malignant.

статевотрансформованих жінок як більш зложакісне.

**Ключові слова:** жінки, залежність від алкоголю, розлади статевої поведінки, трансформація статевої поведінки нетранссексуального типу, гіперфемінінна поведінка нетранссексуального типу, адиктивний статус.

**Key words:** women, alcohol addiction, gender-role deviations, gender-role deviations of non-transsexual behavior, hyper feminine behavior, addictive status.

УДК 616.89-008.441.1-055.1: 616.98:578.828



## PSYCHOEMOTIONAL STATE IN HIV INFECTED MALE PATIENTS AT EARLY AND LATE STAGES OF HIV DISEASE

V. I. Vovk

V. N. Karazin Kharkiv National University

**Summary.** The research represents results of psychodiagnostic test conducted in the group of HIV infected male patients at different stages of HIV infection. The results should be taken into consideration when planning the psychocorrective, psychotherapeutic, rehabilitative and prophylactic activities in HIV infected men.

**Keywords:** stages of HIV infection, HIV infected male patients.

### Introduction

In 1981 the US Centre of Diseases Control (CDC) for the first time mentioned HIV (Human Immunodeficiency Virus) infection as AIDS (Acquired Immunodeficiency Syndrome). Despite more than 30 year of virus and transmission routes researches, as well as the real progress in therapy and life prolongation for persons living with HIV, the issue of HIV infected patients is still stigmatized not only in European society, but all over the world. Positive result of HIV testing is a powerful stress factor that stimulates different psychopathological and psychopathological reactions. In this context it is important to observe the emotional experiences in patient and understand the psycho-emotional state as the reaction to the circumstances within the framework of individual reaction type [6, 7].

Biological, somatic state of human body — normal or pathologic — influences the personality and reflects in psychological and clinical psychopathological personality factors caused by the disease. Human personality can show itself in the group, in social ties, in behavior, and so on. Mental disorders and personality disorganization can develop as the result of self-regulative behavioral norms distraction; not only social regulation, but also the personal regulation based on self-established norms

distracts. Surrounding awareness of the patient's diagnosis plays the important role in this situation. However, the insufficient HIV literacy in population, biased perception in the society, indefinite forecast and perspective, the feeling of psychological discomfort, HIV related disabilities can negatively affect the patients' adaptation to the environment. Sometimes the circumstances are so intricate that the best possible proposal for the HIV infected patient is the hospitalization in the specialized health care facility that becomes more comfortable for the patient than the real world — here starts the elements of hospitalism and social withdrawal, personal neurosis, and so on. Socio-psychological adaptation reflects in patient's self-injurious behavior.

For HIV-related reaction the psychopathologic base consists of various emotional expressions. Its objectification is significant for planning and development of diagnostic and correction programs for psychical and mental disorders.

Gender is by no means unimportant for the mental disorders development and progress. Numerous researches prove the predominance of particular mental disorders in male and female patients; men and women can differently react on the same stresses. According to some researches, male patients have lower level of mental health than female ones [4].