

УДК: 616.895.87

*М. С. Гнатишин, О. Г. Буздыган*  
**КЛІНІКО-АНАМНЕСТИЧНІ ТА КЛІНІКО-ПАТОДИНАМІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ШИЗОФРЕНІЇ  
 З УРАХУВАННЯМ ГЕНДЕРНОГО ФАКТОРА**

*Н. С. Гнатишин, Е. Г. Буздыган*  
**КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ И КЛИНИКО-ПАТОДИНАМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ШИЗОФРЕНИИ  
 С УЧЕТОМ ГЕНДЕРНОГО ФАКТОРА**

*M. S. Gnatyshyn, O. H. Buzdyhan*  
**CLINIC, ANAMNESTYC AND PATHODYNAMIC FEATURES OF SCHIZOPHRENIA  
 FROM A GENDER PERSPECTIVE**

В результаті дослідження 420 хворих на шизофренію (210 чоловіків і 210 жінок) було встановлено низку важливих гендерних розбіжностей у клініко-патодинамічних характеристиках шизофренії. Виявлені значущі відмінності у спадковості, особливостях дебюту, структурі клінічної симптоматики шизофренії у чоловіків та жінок, часових характеристиках захворювання, а також у структурі позитивної, негативної та загальної симптоматики. Функціональний діагноз шизофренії виявив значущі розбіжності у структурі внутрішньої картини хвороби, формах пристосувальної поведінки та рівнях адаптивних ресурсів особистості з урахуванням статі, що дає підстави говорити про різний реабілітаційний потенціал чоловіків та жінок.

**Ключові слова:** шизофренія, клінічні особливості, гендерні відмінності

В результате исследования 420 больных шизофренией (210 мужчин и 210 женщин) был установлен ряд важных гендерных различий в клинико-патодинамических характеристиках шизофрении. Выявлены значимые различия в наследственности, особенностях дебюта, структуре клинической симптоматики шизофрении у мужчин и женщин, временных характеристиках заболевания, а также в структуре продуктивной, дефицитарной и общей симптоматики. Функциональный диагноз шизофрении выявил значимые различия в структуре внутренней картины болезни, формах приспособительного поведения и уровнях адаптивных ресурсов личности с учетом пола, что дает основания говорить о различном реабилитационном потенциале мужчин и женщин.

**Ключевые слова:** шизофрения, клинические особенности, гендерные различия

The study established 420 patients (210 men and 210 women) a number of important gender differences in clinical characteristics pathodynamic schizophrenia. There were significant differences in heredity, debut feature, the structure of the clinical symptoms of schizophrenia in men and women, the time characteristics of the disease, as well as in the structure of productive deficit and general symptoms. Functional diagnosis of schizophrenia showed significant differences in the structure of the internal picture of disease, a form of adaptive behavior and levels of adaptive resources of the individual, taking into account sex, which gives grounds to speak about various rehabilitation potential of men and women.

**Keywords:** schizophrenia, clinical features, gender differences

Гендерний аспект захворюваності на шизофренію перебуває у центрі уваги дослідників протягом тривалого часу. Однак, незважаючи на значний обсяг накопичених наукових даних, відомості щодо впливу гендерного чинника на перебіг шизофренії та її наслідки є суперечливими. Так, Л. Сіомрі [1] повідомляє про відносно сприятливий перебіг шизофренії у жінок у перші десять років захворювання з подальшим її обтяженням, причому у чоловіків прояви психічних розладів з часом можуть піддаватися редукції. Н. Biehl і співавт. [2] повідомляють про відсутність суттєвих розбіжностей у симптоматичі та перебігу шизофренії між чоловіками та жінками; при цьому чоловіки демонструють гірші соціальні наслідки шизофренії у перші п'ять років захворювання. Л. М. Юр'єва [3] вважає, що посилення гендерного чинника можна розглядати як одну з ознак сучасного патоморфозу шизофренії. В зв'язку з цим зростає актуальність виявлення клінічних особливостей шизофренічного процесу, пов'язаних із впливом гендерного чинника, дані яких можуть бути використані для розуміння патогенетичних механізмів шизофренії для удосконалення існуючих схем лікування та реабілітації хворих.

Нами було проведено клінічне обстеження 420 хворих на шизофренію (210 чоловіків та 210 жінок), які перебували на стаціонарному лікуванні в різних відділеннях Вінницької обласної клінічної психоневрологічної лікарні ім. О. І. Ющенка протягом 2007—2013 років, і яким було встановлено діагноз «параноїдна шизофренія» відповідно до критеріїв МКХ-10. Середній вік обстежених чоловіків склав 43,9 ± 9,6 роки, жінок 44,7 ± 13,2 роки.

Клінічне обстеження проводилось шляхом клінічної бесіди і включало оцінку основних симптомів захворювання відповідно до критеріїв шизофренії за МКХ-10, а також аналіз медичної документації. Функціональний діагноз шизофренії встановлювався відповідно до рекомендацій, запропонованих В. А. Абрамовим, С. А. Пуцаєм, І. І. Кутько (1990) [4].

Статистичне оброблення даних проводили за допомогою непараметричних методів (критерій Манна — Уїтні, точний критерій Фішера, критерій  $\chi^2$  Пірсона, рангова кореляція Спірмена).

Середній вік початку захворювання на шизофренію у чоловіків склав 23,3 ± 7,3 роки з медіаною 21,0 рік і модою 18 років, у жінок — відповідно 26,5 ± 8,0 років, 27,0 років і 28 років ( $p < 0,01$ ). Середній вік першої госпіталізації з приводу шизофренії у чоловіків склав 24,2 ± 7,6 роки з медіаною 23,0 роки, у жінок — 27,6 ± 8,0 років та 28 років ( $p < 0,01$ ). Середня тривалість захворювання до першої госпіталізації у чоловіків склала 1,0 ± 3,2 роки, при цьому у 82,4 % від перших проявів захворювання до госпіталізації пройшло менше року, у жінок — 1,0 ± 3,0 роки (73,3 %); розбіжності не значущі ( $p = 0,138$ ).

У 9,0 % чоловіків, хворих на шизофренію, простежується обтяжена спадковість за лінією батька, що більше, ніж серед жінок (5,7 %), однак, ці розбіжності є статистично не значущими ( $p = 0,131$ ). Натомість, обтяжена спадковість значуще частіше ( $p < 0,05$ ) виявляється у жінок за лінією матері (6,2 % проти 1,9 %), баби (діда) і братів (сестер) (4,8 % проти 1,4 % та 9,0 % проти 3,3 % відповідно,  $p < 0,05$ ).

В цілому обстеженим хворим притаманний поступовий початок захворювання, при цьому у чоловіків він спостерігався частіше: 78,1 % проти 64,3 % у жінок ( $p < 0,01$ ). Поступовий початок захворювання частіше спостерігається серед міських жителів, тоді як гострий — серед мешканців села. Розбіжності у місцевості проживання у зв'язку з початком захворювання є значущими для жінок ( $p < 0,05$ ), а у чоловіків — статистично не значущі ( $p > 0,05$ ).

У переважної більшості (75,6 % чоловіків і 65,6 % жінок) захворювання виникло без явних причин. Основними чинниками, що провокують дебют шизофренії, є психотравма (19,5 % чоловіків та 21,9 % жінок), перевтома (1,4 % та 1,0 %), черепно-мозкова травма, інфекційні захворювання та вживання психоактивних речовин — (по 1,0 % і 0,5 %), оперативне втручання (0,5 %). У жінок важливим чинником були пологи — 9,5 %.

Найбільш поширеними проявами дебюту шизофренії виявилися розлади сну: (91,0 % чоловіків та 91,4 % жінок,  $p > 0,05$ ), маячні ідеї (по 84,3 % у чоловіків та жінок) та прояви страху і тривоги (76,2 % чоловіків, 90,0 % жінок,  $p < 0,01$ ). У жінок також частіше спостерігалися галюцинації (41,4 % чоловіків, 53,3 % жінок,  $p < 0,05$ ), психомоторне збудження (55,2 % чоловіків, 70,5 % жінок,  $p < 0,01$ ), напливи думок (30,5 % чоловіків, у 53,8 % жінок,  $p < 0,01$ ) та головний біль (13,3 % чоловіків, 31,9 % жінок,  $p < 0,01$ ), а у чоловіків — апато-абулічний синдром (50,0 % проти 39,0 %,  $p < 0,05$ ). Депресивний синдром та маніакальний стан спостерігалися у чоловіків та жінок однаково часто (57,1 % чоловіків, 57,6 % жінок, та 8,1 % чоловіків і 8,6 % жінок відповідно,  $p > 0,05$ ).

У жінок частіше спостерігаються маячні ідеї відношення (72,9 % від усіх варіантів маячні проти 41,4 % у чоловіків). Щодо інших різновидів маячних ідей, то значущих гендерних розбіжностей під час їх аналізу не виявлено: ідеї впливу спостерігалися у 15,7 % чоловіків і у 17,0 % жінок, переслідування — відповідно у 20,5 % та 24,8 %, самозвинувачення — у 0,5 % та 2,4 % відповідно, величі — у 10,0 % та 5,7 %, ревнощів — у 1,0 % та 0,5 % відповідно, іпохондричного змісту — у 3,8 % та 7,6 % хворих відповідно.

З «великих» критеріїв шизофренії у чоловіків значуще частіше виявлялися луна думок, відчуття вкладання або відібрання думок, передача думок на відстань: 17,1 % проти 11,0 % у жінок,  $p < 0,05$ ; а у жінок — галюцинаторні голоси: 54,8 % проти 39,5 %. Інші два «великих» критерії — маячна оволодіння, впливу, бездіяльності, маячне сприйняття реальності та стійкі маячні ідеї не виявляють значущих розбіжностей між чоловіками і жінками (63,3 % у чоловіків, 56,2 % у жінок та 90,0 % у чоловіків, 90,5 % у жінок відповідно,  $p > 0,05$ ). Загалом, у 93,8 % чоловіків та у 94,3 % жінок був наявний щонайменше один з «великих» критеріїв шизофренії відповідно до МКХ-10.

Щодо «малих» критеріїв, то у чоловіків значуще частіше виявляються неологізми, шперрунги, розірваність мови (23,3 % проти 11,4 %,  $p < 0,01$ ), кататонічна поведінка (6,7 % проти 2,4 %,  $p < 0,05$ ), та негативна симптоматика (98,6 % проти 95,2 %,  $p < 0,05$ ). Загалом, у 98,6 % обстежених чоловіків та у 97,1 % жінок виявлялися щонайменше два «малих» симптоми шизофренії, необхідних для встановлення діагнозу відповідно до критеріїв МКХ-10.

Під час оцінювання варіанту внутрішньої картини хвороби було виявлено значущі ( $p < 0,05$ ) розбіжності у розподілі хворих за типами внутрішньої картини хвороби (ВКХ) між чоловіками та жінками. Найпоширенішим виявився анозогностичний тип ВКХ, причому хворим

на шизофренію притаманний не дисимулятивний підтип анозогностичного типу, коли хворий усвідомлює свою хворобу, але з тих чи інших міркувань прагне приховати її, а власне анозогностичний, який проявляється неможливістю критичної оцінки свого стану і відсутністю усвідомлення хвороби. Питома вага хворих на шизофренію з таким типом ВКХ є найбільшою — 62,5 % чоловіків і 51,0 % жінок. Другим за поширеністю виявився іпохондричний тип ВКХ, питома вага його у жінок є більшою, ніж у чоловіків (22,9 % проти 13,3 %). Особливістю іпохондричного типу ВКХ у хворих на шизофренію є його міцна асоційованість з наявністю вісцеральних галюцинацій і соматичними фіксаціями. Так, коефіцієнт рангової кореляції для іпохондричного типу ВКХ та соматичних фіксацій склав  $r_s = 0,442$ , причому у чоловіків кореляційний зв'язок виявився більш міцним, ніж у жінок ( $r_s = 0,571$  проти  $r_s = 0,333$ ). Тривожний тип ВКХ також більш поширений серед жінок, ніж серед чоловіків (17,1 % проти 15,2 %). Індиферентний тип ВКХ виявлений у 9,0 % хворих на шизофренію, однаково часто у чоловіків та жінок. Хоча у деяких хворих з неглибоким рівнем шизофренічного дефекту та нетривалим перебігом процесу виявлялися окремі ознаки гармонійного типу ВКХ у вигляді наявності критики до власного стану, пошуку допомоги і прагнення до одужання, вони завжди поєднувалися з ознаками інших, патологічних типів (зокрема, іпохондричного та тривожного), що не давало нам підстав віднести дані випадки до гармонійного типу внутрішньої картини хвороби.

Під час аналізу форм пристосувальної поведінки хворого було виявлено, що регресивна, конфліктна та аграваційно-рентна форми частіше спостерігаються у чоловіків (60,1 % проти 50,9 %; 7,1 % проти 4,3 % і 3,8 % проти 2,9 % відповідно), а дезорганізована і дезадаптивна — у жінок (25,2 % проти 17,6 % і 16,7 % проти 11,4 % відповідно).

Серед обстежених хворих найпоширенішим виявився низький рівень адаптивних ресурсів особистості (67,6 % у чоловіків та 62,4 % у жінок), значно рідше (9,0 % у чоловіків та 17,1 % у жінок) виявлявся недостатній (дисгармонійний) рівень. Деяко більш поширеним є інверсний рівень, який виявлений у 23,4 % чоловіків і у 20,5 % жінок.

Дані нашого дослідження свідчать про те, що середній вік початку захворювання у жінок в сучасних умовах є на 3,2 роки більшим, ніж у чоловіків, що узгоджується з даними інших авторів [5, 6]. Також виявлено, що медіана віку початку захворювання зміщується більш суттєво, і у жінок є більшою на 6 років. Водночас, нам не вдалося виявити суттєвих сплесків захворюваності у жінок у преклімактеричному та клімактеричному віці, описаних у низці досліджень [7—9]: захворюваність у жінок практично повністю повторювала динаміку чоловіків, із постійним рівномірним «відставанням» в динаміці на 3—5 років, інтенсивно наростаючи до 30—35 років, і з суттєвим зменшенням подальшого темпу зростання, при збереженні відносно плавної кривої динаміки захворюваності.

Особливості спадковості хворих на шизофренію, виявлені у нашому дослідженні, в цілому збігаються з даними інших авторів [10]. Водночас, виявлені закономірності щодо деякої більшої обтяженості спадковості у чоловіків за лінією батька і більшої обтяженості спадковості у жінок за лінією матері та побічних ліній можуть мати певне значення для розуміння патогенетичних механізмів шизофренії і планування профілактичних заходів.

Щодо особливостей у проявах дебюту шизофренії, то тут також виявляються загальні закономірності, описані

у низці досліджень [5, 11], зокрема, щодо більш гострого початку, більшої поширеності афективно-маячної і поліморфної симптоматики, маячних ідей відношення серед жінок, а також більшу ураженість чоловіків апато-абулічними проявами. Водночас, у нашому дослідженні було виявлено більшу поширеність галюцинаторних і галюцинаторно-параноїдних розладів у жінок в дебюті шизофренії і відсутність значущих гендерних розбіжностей у вираженості депресивної симптоматики, однак, при цьому слід враховувати, що досліджувана нами вибірка була гомогенною і складалася лише з хворих на параноїдну шизофренію.

Дані, одержані нами під час аналізу клінічних проявів захворювання відповідно до критеріїв МКХ-10, в цілому відтворюють закономірності, описані у низці досліджень щодо більшої вираженості у чоловіків негативної, а у жінок — афективної та маячної симптоматики [5, 12]. При цьому важливими є дані щодо співвідношення «великих» та «малих» критеріїв шизофренії, що дозволяє використовувати їх для оцінки діяльності психіатричних служб.

Під час дослідження особливостей формування ВКХ при шизофренії слід враховувати, що наявність суперечливих тенденцій в усвідомленні і психічній трансформації соматичних відчуттів (як реальних, так і галюцинаторних) суттєво ускладнює механізми формування внутрішньої картини хвороби у цього контингенту хворих і створює ґрунтовні відмінності у порівнянні з механізмами формування класичних соматозогнозій. Наявність у хворих на шизофренію патологічних варіантів внутрішньої картини хвороби і форм пристосувальної поведінки закономірно поєднується з патологічними рівнями адаптивних ресурсів особистості.

Проведене на значному масиві хворих (420 осіб) дослідження дозволило виявити низку важливих розбіжностей перебігу шизофренії, зумовлених впливом гендерного чинника: обтяжена спадковість за шизофренію у чоловіків з боку батька, а у жінок — з боку матері та побічних ліній, більша поширеність галюцинаторних і галюцинаторно-параноїдних розладів, напливів думок і головного болю у жінок. Встановлено, що в сучасних умовах діагноз шизофренія базується на наявності у 93,8 % чоловіків та у 94,3 % жінок щонайменше одного з «великих» та наявності у 98,6 % обстежених чоловіків та у 97,1 % жінок щонайменше двох «малих» симптомів шизофренії, необхідних для встановлення діагнозу відповідно до критеріїв МКХ-10. Виявлено переважання серед хворих на шизофренію анозогностичного (частіше у чоловіків) та іпохондричного (частіше у жінок) типів ВКХ, регресивної (частіше у чоловіків) та дезорганізованої (частіше у жінок) форм пристосувальної поведінки, низького (частіше у чоловіків) і недостатнього (частіше у жінок) рівнів адаптивних ресурсів особистості, а також поширення інших патологічних типів ВКХ, форм пристосувальної поведінки та рівнів адаптивних ресурсів особистості серед хворих на шизофренію.

### Список літератури

1. Ciompi L. The influence of aging on schizophrenia / L. Ciompi // Triangle. — 1993. — № 32. — P. 25—31.
2. Biehl H. Prediction of outcome and utilization of medical services in a prospective study of first onset schizophrenics: result of a prospective 5-year follow-up study / Biehl H., Maurer K., Shubart C. // European Archive Psychiatry Neurology Scientific. — 1986. — № 236. — P. 139—147.
3. Юрьева Л. Н. Шизофрения. Клиническое руководство для врачей / Л. Н. Юрьева. — Киев : Санofi, 2010. — С. 29.
4. Абрамов В. А. Функциональная диагностика психических заболеваний : методические рекомендации / Абрамов В. А., Пуцай С. А., Кутько И. И. — Донецк : Донецкий госмединститут, 1990. — 16 с.
5. Соколов Р. Е. Роль пола в формировании манифестных шизофренических психозов у подростков / Р. Е. Соколов // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 2011. — № 5. — С. 9—15.
6. Hayes E. The Role of Oestrogen and Other Hormones in the Pathophysiology and Treatment of Schizophrenia / Emily Hayes, Emorfia Gavrilidis, and Jayashri Kulkarni // Schizophrenia Research and Treatment. — 2012. — Article ID 540273, 8 pages.
7. Riecher-Rossler A. Estrogens and gonadal function in schizophrenia and related psychoses / A. Riecher-Rossler, J. Kulkarni // Current Topics in Behavioral Neurosciences. — 2011. — № 8. — P. 155—171.
8. Abel K. M. Sex differences in schizophrenia / Abel K. M., Drake R., Goldstein J. M // International Review of Psychiatry. — 2010. — № 22 (5). — P. 417—428.
9. Cotton S. M. Gender differences in premorbid, entry, treatment, and outcome characteristics in a treated epidemiological sample of 661 patients with first episode psychosis / Cotton S. M., Lambert M., Schimmelmann B. G. // Schizophrenia Research. — 2009. — № 114. — P. 17—24.
10. Каплан Г. И. Клиническая психиатрия / Г. И. Каплан, Б. Дж. Сэдко. — М.: Медицина, 1994. — С. 244—245.
11. Freedman R. Early biomarkers of psychosis / Freedman R., Ross R., Leonard S. // Early Stages of Schizophrenia. — 2005. — Vol. 7. — № 1. — P. 17—30.
12. Лепилкина Т. А. Влияние фактора пола на выраженность когнитивных нарушений и связи когнитивного функционирования с психопатологическими проявлениями у больных параноидной шизофренией / Т. А. Лепилкина, М. А. Морозова // Психологические исследования. — 2012. — № 5. — С. 5.

Надійшла до редакції 20.06.2014 р.

**ГНАТИШИН Микола Стефанович**, доктор медичних наук, доцент кафедри психіатрії та медичної психології Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова, м. Вінниця; e-mail: gnatyshin@bk.ru

**БУЗДИГАН Олена Григорівна**, лікар-психіатр Вінницької обласної психоневрологічної лікарні імені академіка О. І. Ющенка, м. Вінниця; e-mail: cherna4uk@yandex.ru

**HNATYSHYN Mykola Stefanovych**, Doctor of Medical Sciences, Assistant Professor of the Department of psychiatry and medical psychology of the Vinnytsia National Pirogov Memorial medical University, Vinnytsia; e-mail: gnatyshin@bk.ru

**BUZDYHAN Olena Hryhorivna**, Psychiatrist of Vinnytsia Regional Yushchenko Memorial Psychoneurological Hospital, Vinnytsia; e-mail: cherna4uk@yandex.ru