

ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ РАЗВИТИЯ ШИЗОФРЕНИИ

А.С. БОБРОВНИКОВА*, С.Ю. ТАРАСОВА*, В.В. ЯКИМОВА**

*ГБОУ ВО МО «Международный университет природы, общества и человека «Дубна»»,
ул. Университетская, 19, г. Дубна Московской область, Россия, 141982

**ФГБНУ «Психологический институт РАО», ул. Моховая, 9к4, Москва, Россия, 125009

Аннотация. Проведено исследование 32 взрослых лиц, имеющих диагноз «шизофрения» (F20). Основным критерием анализа гендерных различий развития шизофрении был пусковой механизм развития заболевания. По результатам исследования, пусковым механизмом начала заболевания у женщин чаще становилась психотравмирующая ситуация, связанная с неудачным любовным или сексуальным опытом: изнасилование, попытка изнасилования, «несчастливая любовь» (56% случаев). Среди факторов, отягощающих преморбидный фон, у женщин можно отметить нарушения пищевого поведения (37% случаев) и суицидальное поведение (31% случаев). У мужчин пусковой механизм также связан с психотравмой в области межличностных отношений (38% случаев). При этом у мужчин в качестве отягощающих факторов можно выделить асоциальное поведение (18% случаев) и употребление алкоголя и наркотических веществ (50% случаев). При анализе социально-психологических факторов течения болезни большая социальная активность отмечена у женщин. Сходные результаты получены по фактору критичности больного к своему состоянию и сохранности у него ориентировки в собственной личности. 56% женщин относительно критичны к своему дефектному состоянию. У мужчин эта доля составляет 37%.

Ключевые слова: шизофрения, особенности преморбидной личности, психотравмирующая ситуация, гендерные различия.

GENDER DIFFERENCES IN SCHIZOPHRENIA

A.S. BOBROVNIKOVA*, S.Yu. TARASOVA*, V.V. YAKIMOVA**

*Dubna International University for Nature, Society and Man,
st. University, 19, Dubna, Moscow region, Russia, 141982

**Psychological Institute of the REA, st. Moss, 9k4, Moscow, Russia, 125009

Abstract: The study involved 32 patients with schizophrenia (F20). The main criterion of the analysis of gender characteristics is the trigger of the disease development. The authors analyze the possible role of psychological factors of traumatization in the interpretation of the mechanisms of formation and development of some symptoms of mental disorders in schizophrenics. According to the study, the trigger of the disease in women often has been the traumatic situation connected with unsuccessful romantic and sexual experiences: rape, attempted rape, "unrequited love" (56% of cases). Among the factors aggravating premorbid background in women, the authors noted the disturbances of eating behavior (37%) and suicidal behaviour (31% of cases). In men, the trigger is associated with trauma in the field of interpersonal relations (38% of cases). As aggravating factors in men, the authors identified anti-social behaviour (18%) and the use of alcohol and drugs (50% of cases). The analysis of socio-psychological factors of the disease revealed considerable social in women. Similar results were obtained the following factors: the criticality of the patient to his state and the safety of the patient in self-orientation. 56% women are relatively critical to its defective state, this parameter in men is 37%.

Key words: schizophrenia, premorbid personality features, psychological traumatization, gender differences.

Шизофрения – распространенное психическое заболевание. Начало заболевания часто приходится на возраст, когда идет активное развитие личности. Шизофрения ведет к социальной дезадаптации почти 1% людей трудоспособного возраста. Одной из важнейших характеристик адаптации является адекватный ответ личности на ожидания социального окружения. Уровень дезадаптации при шизофрении может варьироваться от легкой до очень тяжелой степени. Спектр исследований социальной дезадаптации при шизофрении широко представлен отечественными и зарубежными авторами. Такой интерес продиктован стремлением понять особенности инициального периода заболевания и разработать наиболее щадящие модели оказания врачебной и психологической помощи.

Разработчики DSM-5 традиционно рассматривают шизофрению в динамическом аспекте, говорят о важности дифференцирующего психопатологического подхода, разумном сочетании количественных и качественных методик при анализе каждого случая [10]. Для прогноза необходимо клиническое описа-

Библиографическая ссылка:

Бобровникова А.С., Тарасова С.Ю., Якимов В.В. Гендерные различия развития шизофрении // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2015. №4. Публикация 7-6. URL: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2015-4/5285.pdf> (дата обращения: 30.11.2015). DOI: 10.12737/16776

ние конкретного варианта течения заболевания. Такое описание включает в себя наличие изменений личности пациента, его эмоциональной сферы, поведения. В этой связи первостепенное значение приобретает анализ преморбидных особенностей личности больного. Краеугольным камнем в исследованиях шизофрении является вопрос о роли стрессовых событий, длительной или интенсивной психотравмирующей ситуации в генезе заболевания. Предполагается, что для формирования шизофрении необходимы повышенная уязвимость человека к стрессовым воздействиям – с одной стороны, и воздействие этих психотравмирующих факторов – с другой стороны [2].

Гендерные и межполовые различия развития шизофрении и сопутствующих изменений поведения также представляют интерес для исследователей [8, 12]. Психологические различия между мужчинами и женщинами имеют свою нейробиологическую основу. Женщины способны к более устойчивой и последовательной обработке информации и ее систематизации, а у мужчин более выражена способность к эмоционально-целостному восприятию, синтетическому мышлению [1]. Смысловая система координат, касающаяся как явлений окружающего мира, так и собственной личности, у женщин более консервативна и, следовательно, более устойчива при формировании эндогенного заболевания. У женщин и мужчин, страдающих шизофренией, различаются показатели госпитализации. У женщин более низкие показатели повторных случаев госпитализации и меньше продолжительность пребывания в стационаре [1]. По результатам исследований зарубежных авторов, у мужчин, страдающих шизофренией, более выражена негативная симптоматика, выше уровень социальной дезадаптации [12]. Таким образом, если в женской популяции больных шизофренией можно говорить о терапевтическом патоморфозе в сторону смягчения течения заболевания, то у мужчин наблюдается обратная тенденция, особенно за последние полтора десятилетия. Это связано с целым комплексом факторов, в том числе, массивными влияниями социальных стрессов, негативными последствиями так называемой культурной травмы, пережитой нашим обществом в начале 90-х годов [3].

Приступая к анализу гендерных различий при шизофрении, необходимо пояснить, почему, говоря о психологических особенностях, мы называем их «гендерными», а не «половыми». По психологическим характеристикам различия между мужчинами и женщинами всегда представляют собой совокупность и биологических, и социокультурных факторов [4]. Термин «гендер» призван подчеркнуть тот факт, что биологические особенности не даны человеку непосредственным образом, а всегда преломляются через призму индивидуального развития и воспитания, существуют в виде субъективного опыта.

Нами было проведено исследование взрослых лиц, имеющих диагноз «шизофрения» (F20).

Цель исследования – изучение у больных шизофренией гендерных различий пускового механизма развития заболевания, их взаимосвязей в более широком контексте клинических симптомов.

Материалы и методы исследования. Развернутая клиническая беседа с использованием *life-line* и генограммы. Классическое патопсихологическое обследование. Тематический апперцептивный тест. Анализ медицинских карт. Анализ словесной и графической продукции больных. Динамическое наблюдение.

Исследование проводилось на базе Московской областной психиатрической больницы № 14 и кабинета социально-психологической помощи при этой больнице в течение 1 года. Было обследовано 32 больных. Критерии включения в исследование: верифицированный стационарным обследованием диагноз шизофрении (F20) (в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10), возраст от 19 до 70 лет, наличие информированного согласия на участие в исследовании. По клинике заболевания у 28 больных определена параноидная форма шизофрении (F20.0), у 1 – кататоническая (F20.2), у 1 – рекуррентная шизофрения, у 2 – шизофрения с олигофреноподобным дефектом. Критерии исключения: выраженные психотические проявления, дезорганизация поведения и формальное отношение к исследованию.

Мы поделили подопечных на две группы по гендерному признаку: 16 мужчин и 16 женщин. Внутри каждой из групп было выделено три подгруппы в зависимости от стадии заболевания: дебют и продолжительность заболевания менее 5 лет (16 больных), продолжительность заболевания от 5-10 лет (7 больных), продолжительность заболевания более 10 и терминальная стадия (9 больных). С каждым подопечным было проведено 3-4 встречи. Одно занятие отводилось полностью на развернутую клиническую беседу. В нашей работе акцент сделан на развернутую клиническую беседу, включенное наблюдение, сбор анамнеза у родственников, врачей и медицинского персонала. Основным критерием анализа гендерных различий развития шизофрении был пусковой механизм развития заболевания. Определяли вклад в развитие заболевания психотравмирующей ситуации.

Анализ гендерных различий развития шизофрении проводили с помощью следующих выделенных критериев:

1. Преморбидный фон: характерологические особенности, наличие отягощающих факторов (вредные привычки, хронические соматические заболевания).

2. Особенности социальной ситуации развития: состав родной семья, родительский стиль воспитания, отягощенность наследственности по родственным линиям.

3. Пусковой механизм начала заболевания.

Библиографическая ссылка:

Бобровникова А.С., Тарасова С.Ю., Якимова В.В. Гендерные различия развития шизофрении // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2015. №4. Публикация 7-6. URL: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2015-4/5285.pdf> (дата обращения: 30.11.2015). DOI: 10.12737/16776

4. Клиническая картина: симптомы дебюта, фабула бреда.
5. Социальные и социально-психологические факторы течения болезни: социальная активность, семейное положение, наличие детей.

6. Особенности комплаенса, включая прогностическую оценку течения болезни: критичность к своему дефектному состоянию, сохранность ориентировки в собственной личности.

Анализ пускового механизма при продолжительности заболевания от 5 до 10 лет и более 10 лет проводили, ориентируясь преимущественно на фабулу бреда. Статистическую обработку полученных данных проводили методами описательной статистики.

Результаты и их обсуждение. По результатам исследования, большинство больных выросли в полной семье (62% мужчин и 75% женщин), в которой преобладал попустительский стиль воспитания (81% – у мужчин и 75% – у женщин). Пусковым механизмом начала заболевания у женщин чаще становилась психотравмирующая ситуация, связанная с неудачным любовным или сексуальным опытом: изнасилование, попытка изнасилования, «несчастливая любовь» (56% случаев). Среди факторов, отягощающих преморбидный фон, у женщин можно отметить нарушения пищевого поведения (37% случаев) и суицидальное поведение (31% случаев). У женщин в 18% случаев отмечен бред любовного содержания, в 25% случаев – бред вредительства или ущерба, в 6% – бред политической тематики.

В группе мужчин пусковой механизм также связан с психотравмой в области межличностных отношений (38% случаев). При этом у мужчин в качестве отягощающих факторов можно выделить асоциальное поведение (18% случаев) и употребление алкоголя и наркотических веществ (50% случаев). Как правило, фабула бреда отражает социально-психологическую, культуральную и даже политическую ситуацию, в которой находился или находится больной. Бред любовного содержания отмечен у мужчин в 6% случаев, бред вредительства или ущерба – в 12% случаев. Сравнение с группой женщин позволило установить, что мужчины в 3 раза реже, чем женщины, демонстрируют любовный бред, и в 2 раза реже – бред вредительства. Бред политической тематики отмечен среди мужчин в 6% случаев, бред сутяжничества – также в 6% случаев. В группе женщин бред сутяжничества в нашем исследовании не встретился.

Приведем клинический случай из наших наблюдений. Мужчина, 35 лет. Основной диагноз: шизофрения, параноидный тип. Отец пьющий. Себя с детства характеризует общительным, веселым, «было много друзей». В подростковом возрасте увлекался хоккеем, футболом. В 19 лет за участие в краже, «из солидарности с друзьями», был осужден на 8 лет. Освобожден через 4 года, женился, подрабатывает ремонтами. Пьет с 17 лет. В 2010 году нарушился ночной сон, стало казаться, что знакомые общаются с ним мысленно. «Узнал», что ему «угрожает какая-то банда». Тогда впервые был госпитализирован в психиатрическую больницу. Много курит, страдает тяжелыми приступами кашля. К состоянию своего соматического здоровья относится равнодушно. Рассказывает о себе откровенно и доверчиво, что не вполне свойственно мужчинам его возраста. С его слов, после выхода из мест заключения, стал чувствовать себя подавленным, одиноким. С его слов, пьет потому, что когда коллеги-ремонтники идут выпивать, особенно остро ощущает свое одиночество, тревогу. В «подогретой» алкоголем компании это чувство на какое-то время проходит. Любит природу, собак, ходить в лес по грибы. Скучает по жене и сыну. Однако к вину все время тянет. На рис. представлен пример художественно-графической продукции больного.



Рис. Рисунок больного на свободную тему

Библиографическая ссылка:

Бобровникова А.С., Тарасова С.Ю., Якимова В.В. Гендерные различия развития шизофрении // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2015. №4. Публикация 7-6. URL: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2015-4/5285.pdf> (дата обращения: 30.11.2015). DOI: 10.12737/16776

Мы оценивали социальные и социально-психологические факторы течения болезни, в частности, характер отношений со значимыми другими людьми, сохранность профессиональных навыков, социальную активность больных, особенности комплаенса. Активная позиция отмечена у женщин в 62% случаев, тогда как у мужчин – лишь в 38% случаев. Сходные показатели получены по фактору критичности больного к своему состоянию и сохранности у него ориентировки в собственной личности. 56% женщин относительно критичны к своему дефектному состоянию. У мужчин эта доля составляет 37%. На момент проведения исследования 56% женщин замужем или были замужем, и в 31% случаев имеют детей; среди мужчин только 25% женаты или были женаты, и лишь в 12% случаев есть дети.

Причиной социальной дезадаптации при формировании шизофрении может быть дефект механизмов обработки зрительной, слуховой и тактильной информации, эти нарушения снижают способность больных сопротивляться стрессу [5]. Некоторые виды стресса, например, эмоциональное или сексуальное насилие, разрыв любовных отношений, отсутствие работы особенно субъективно значимы. Социальные гендерные стереотипы проявляются в поведении, связанном с отношением к психическому и соматическому здоровью [13]. С точки зрения традиционных стереотипов жалобы на состояние здоровья, неуспешность для мужчин неприемлемы. Поэтому мужчины менее мотивированы на получение профессиональной помощи, а выбирают дезадаптивную копинг-стратегию, например, употребление алкоголя [11]. Социум не одобряет такое поведение у женщин, но допускает при некоторых обстоятельствах у мужчин, например, как реакцию на социальную неуспешность при формировании тяжелого заболевания. Роль гендерных стереотипов косвенно подтверждает стабильно высокий уровень завершенных мужских суицидов среди представителей «маскулинных» профессий: военнослужащих, работников правоохранительных органов и др. «Если мужчина принял решение, то должен идти до конца», – таков социальный миф. Отметим, что детерминантами суицидального поведения у женщин являются трудности в межличностных отношениях, особенно со значимыми другими людьми, а у мужчин – конфликты и неудачи на работе, невозможность содержать семью, бедность [6, 7]. Это согласуется с результатами нашего исследования.

Выводы:

1. Роль психотравмирующей ситуации в генезе шизофрении значительна как у женщин, так и у мужчин. Общим весомым психотравмирующим фактором можно назвать неудачный любовный и сексуальный опыт. Но удельный вес данного фактора больше у женщин.
2. Среди доминирующих факторов, отягощающих преморбидный фон, для женщин типичны нарушения пищевого поведения (37% случаев) и суицидальное поведение (31% случаев). Среди доминирующих факторов, отягощающих преморбидный фон, для мужчин характерными являются асоциальное поведение (18% случаев) и употребление алкоголя и наркотических веществ (50% случаев).
3. Полученные результаты исследования свидетельствуют о том, что у женщин уровень дезадаптации при шизофрении ниже, чем у мужчин. Женщины более критичны к своему дефектному состоянию, у них более сохранна ориентировка в собственной личности, чем у мужчин (56% случаев и 37% случаев соответственно). Вследствие невысокого порога биосоциальной адаптации мужчины острее реагируют на стресс, психотравмирующую ситуацию, ухудшение условий жизни.
4. Учитывая данные, что при шизофрении возможны как гетеро- так и аутоагрессивные акты, а также связанный с (ауто)агрессией «гендерный парадокс» [6, 7, 9], при лечении пациентов необходимо учитывать роль психотравмирующей ситуации в генезе заболевания. Особое внимание необходимо уделять связанным с психотравмирующей ситуацией гендерным различиям.

Литература

1. Березанцев А.Ю., Митрофанова О.И. Гендер, комплаенс и качество жизни больных шизофренией (аналитический обзор) // Российский психиатрический журнал. 2009. №1. С. 24–32.
2. Бронин С.Я. Малая психиатрия большого города. Москва: Издательство БИНОМ, 2014. 312 с.
3. Дудолова М.М. Ценностно-рациональные практики в постсоветском обществе как результат культурной травмы // Общество. Среда. Развитие. 2014. №4. С. 131–134.
4. Егорова М.С., Паршикова О.В., Ситникова М.А. Половые различия по показателям Темной триады // Психологические исследования [электронный научный журнал]. 2015. №8. URL: <http://psystudy.ru/index.php/num/2015v8n39/1096-egorova39.html> (Дата обращения: 4.11.2015).
5. Кобзова М.П. Когнитивные нарушения и проблема социальной дезадаптации при шизофрении // Психологические исследования [электронный научный журнал]. 2012. Т. 22, №2. URL: <http://psystudy.ru/index.php/num/2012n2-22/650-kobzova22.html> (Дата обращения: 4.10.2015).
6. Пичиков А.А., Попов Ю.В. «Гендерный парадокс» суицидального поведения // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. 2015. №2. С. 22–29.
7. Положий Б.С., Васильев В.В. Суицидальное поведение женщин. Москва: ФГБУ «ГНЦССП им. В.П. Сербского» Минздравсоцразвития России, 2014. 195 с.

Библиографическая ссылка:

Бобровникова А.С., Тарасова С.Ю., Якимова В.В. Гендерные различия развития шизофрении // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2015. №4. Публикация 7-6. URL: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2015-4/5285.pdf> (дата обращения: 30.11.2015). DOI: 10.12737/16776

8. Ткаченко А.А., Введенский Г.Е., Большакова Н.Б. Первичная диагностика шизофрении у обвиняемых с аномальным сексуальным поведением. Методические рекомендации. Москва: ФГБУ «ГНЦССП им. В.П. Сербского» Минздравсоцразвития России, 2012. 23 с.

9. Ткаченко А.А., Введенский Г.Е., Дворянчиков Н.В. Судебная сексология. Москва: Издательство БИНОМ, 2014. 648 с.

10. Шмуклер А.Б. Современные подходы к диагностике шизофрении и расстройств шизофренического спектра (концепция DSM-5) // Психиатрия психофармакотерапия им. П.Б. Ганнушкина. 2013. №5. С. 43–51.

11. Barajas A., Ochoa S., Obiols JE., Lalucat-Jo L. Gender differences in individuals at high-risk of psychosis: a comprehensive literature review // ScientificWorldJournal. 2015. URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25685840> (Дата обращения: 12.10.2015).

12. Montemagni C., Frieri T., Blandamura A., Villari V., Rocca P. Gender differences in 353 inpatients with acute psychosis: The experience of one Psychiatric Emergency Service of Turin // Psychiatry Res. 2015. 227(2-3). P. 192–197.

13. Thakur ER., Gurtman MB., Keefer L., Brenner DM., Lackner JM. Gender differences in irritable bowel syndrome: the interpersonal connection // Neurogastroenterol Motil. 2015 URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Thakur+ER1%2C2%2C+Gurtman+MB3%2C+Keefer+L4%2C+Brenner+DM4%2C+Lackner+JM5> (Дата обращения 4.10.2015).

References

1. Berezantsev AYu, Mitrofanova OI. Gender, komplaens i kachestvo zhizni bol'nykh shizofreniy (analiticheskiy obzor). Rossiyskiy psikiatricheskii zhurnal. 2009;1:24-32. Russian.

2. Bronin SYa. Malaya psikiatriya bol'shogo goroda. Moscow: Izdatel'stvo BINOM; 2014. Russian.

3. Dudoladova MM. Tsennostno-ratsional'nye praktiki v postsovetskom obshchestve kak rezul'tat kul'turnoy travmy. Obshchestvo. Sreda. Razvitie. 2014;4:131-4. Russian.

4. Egorova MS, Parshikova OV, Sitnikova MA. Polovye razlichiya po pokazatelyam Temnoy triady. Psikhologicheskie issledovaniya [internet]. 2015[cited 2015 Oct];(39)8. Russian. Available from: <http://psystudy.ru/index.php/num/2015v8n39/1096-egorova39.html>.

5. Kobzova MP. Kognitivnye narusheniya i problema sotsial'noy dezadaptatsii pri shizofrenii. Psikhologicheskie issledovaniya [internet]. 2012[cited 2015 Oct 4];(22)2. Russian. Available from: <http://psystudy.ru/index.php/num/2012n2-22/650-kobzova22.html>.

6. Pichikov AA, Popov YuV. «Gendernyy paradoks» suitsidal'nogo povedeniya. Obozrenie psikiatrii i meditsinskoj psikhologii imeni V.M. Bekhtereva. 2015;2:22-9. Russian.

7. Polozhiy BS, Vasil'ev VV. Suitsidal'noe povedenie zhenshchin. Moscow: FGBU «GNTsSSP im. V.P. Serbskogo» Minzdravsotsrazvitiya Rossii; 2014. Russian.

8. Tkachenko AA, Vvedenskiy GE, Bol'shakova NB. Pervichnaya diagnostika shizofrenii u obvinяemykh s anomal'nym seksual'nym povedeniem. Metodicheskie rekomendatsii. Moscow: FGBU «GNTsSSP im. V.P. Serbskogo» Minzdravsotsrazvitiya Rossii; 2012. Russian.

9. Tkachenko AA, Vvedenskiy GE, Dvoryanchikov NV. Sudebnaya seksologiya. Moscow: Izdatel'stvo BINOM; 2014. Russian.

10. Shmukler AB. Sovremennye podkhody k diagnostike shizofrenii i rasstroystv shizofrenicheskogo spektra (kontseptsiya DSM-5). Psikiatriya psikhofarmakoterapiya im. P.B. Gannushkina. 2013;5:43-51. Russian.

11. Barajas A., Ochoa S., Obiols JE., Lalucat-Jo L. Gender differences in individuals at high-risk of psychosis: a comprehensive literature review. ScientificWorldJournal. 2015. URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25685840> (Data obrashcheniya 12 oktyabrya 2015).

12. Montemagni C., Frieri T., Blandamura A., Villari V., Rocca P. Gender differences in 353 inpatients with acute psychosis: The experience of one Psychiatric Emergency Service of Turin. Psychiatry Res. 2015; 227(2-3):192-197.

13. Thakur ER., Gurtman MB., Keefer L., Brenner DM., Lackner JM. Gender differences in irritable bowel syndrome: the interpersonal connection. Neurogastroenterol Motil. 2015 URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Thakur+ER1%2C2%2C+Gurtman+MB3%2C+Keefer+L4%2C+Brenner+DM4%2C+Lackner+JM5> (cited 2015 Oct 4).

Библиографическая ссылка:

Бобровникова А.С., Тарасова С.Ю., Якимова В.В. Гендерные различия развития шизофрении // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2015. №4. Публикация 7-6. URL: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2015-4/5285.pdf> (дата обращения: 30.11.2015). DOI: 10.12737/16776