

УДК 616.895.87

ГЕНДЕРНО-РОЛЕВАЯ АСИММЕТРИЯ И ЕЕ РОЛЬ В ФОРМИРОВАНИИ СТРУКТУРЫ ШИЗОФОРМНЫХ СИМПТОМОКОМПЛЕКСОВ

А.С. Ким, Е.А. Шумакова

Рассмотрены особенности гендерно-ролевой идентификации, оказывающие влияние на формирование структур определенных шизоформных симптомокомплексов при параноидной шизофрении.

Ключевые слова: гендерно-ролевая асимметрия; параноидная шизофрения; шизоформные симптомокомплексы; аффективный компонент.

GENDER-ROLE ASYMMETRY AND ITS INFLUENCE ON THE PROCESS OF FORMATION OF SCHIZOPHORM SYMPTOM-COMPLEXES

A.S. Kim, E.A. Shumakova

Features of gender-role identification influence on formation of schizophorm symptom-complexes in patients with paranoid schizophrenia.

Key words: gender-role asymmetry; paranoid schizophrenia; schizophorm symptom-complexes; affective component.

Актуальность. Многочисленные исследования гендерного аспекта шизофрении сводятся к выявлению особенностей манифестации, преобладающей психопатологической симптоматики, течения и степени ремиссии у мужчин и женщин. К примеру, ряд авторов сходятся во мнении, что мужчины, в отличие от женщин, заболевают раньше, имеют более низкий уровень преморбидного функционирования, худшие когнитивные показатели, сравнительно низкое влияние наследственной отягощенности [1–3]. В психопатологической картине у них преобладают негативные симптомы, а в содержании бреда доминируют идеи величия и отношения. У женщин, по мнению J. Goldstein, чаще наблюдаются аффективные расстройства [4], J. Ragland и соавт. обнаружили более высокую представленность позитивных шизофренических симптомов, у них чаще возникали вербальные галлюцинации, развивались паранойя и бред преследования [5]. Р.Е. Соколовым были описаны особенности психопатологии у юношей и девушек при манифестации психотических расстройств [6], которые совпали с наблюдениями J. Goldstein, M. Angermeyer, T. Larsen, J. Read.

Научно-практическую значимость представляют исследования данного аспекта психотических расстройств с учетом вопроса гендерно-ролевой иден-

тификации, которая может быть как конгруэнтна биологическому полу, так и инконгруэнтна, немногочисленны [7, 8], в связи с чем важно изучение гендерно-ролевой асимметрии (или кросс-половой акцентуации полоролевого поведения) и ее роли в структуре формирования шизоформных симптомокомплексов, а также идентификации клинико-психологических механизмов, работающих в контексте исследуемых структур. Практическая значимость заключается в оптимизации диагностического и терапевтического подходов к пациентам, имеющим различные типы гендерной идентичности и связанный с ними специфический набор симптомокомплексов при параноидной шизофрении.

Цель – исследовать структуру формирования шизоформных симптомокомплексов в зависимости от гендерно-ролевой идентификации при параноидной шизофрении.

Задачи:

1. Идентифицировать степень гендерно-ролевой асимметрии у пациентов с диагнозом “Параноидная шизофрения”.
2. Выделить особенности формирования структур шизоформных симптомокомплексов, сопряженных с доминирующей гендерно-ролевой идентификацией.

3. Определить специфичность аффективных сдвигов при формировании определенного шизоформного симптомокомплекса с учетом феномена гендерно-ролевой асимметрии.

Материалы и методы исследования. Для решения поставленных задач было исследовано 74 пациента с диагнозом “Параноидная шизофрения” на базе РЦПЗ г. Бишкек. Все респонденты были репрезентативны по полу и возрасту.

Критерии включения: верифицированный диагноз – параноидная шизофрения в соответствии с критериями МКБ-10, возраст респондентов от 19 до 50 лет, длительность заболевания от 2 до 25 лет, отсутствие синдрома “отвергания пола” или синдрома половой дисфории.

Критерии исключения: несоответствие критериям включения.

Методами исследования являлись клинико-психопатологический, психометрический и статистический: ретроспективный анализ историй болезни, полуформализованное интервью, шкала оценки негативных и позитивных симптомов PANSS, опросник “Маскулинность – феминность” С. Бем, стандартизованные шкалы по оценке тревоги Спилбергера – Ханина и депрессии Цунга, опросник “Ауто- и гетероагрессия” Е.П. Ильина (целесообразность выбора опросника Е.П. Ильина обусловлена тем, что другие шкалы, изучающие уровень агрессии, многомерны в оценке данного аффекта, что противоречит цели исследования. Комплексность оценки тяжести агрессивного аффекта существующих опросников имеет противоречивый интрапсихический личностный и социальный контекст аффектов ауто- и гетероагрессии), корреляционный и факторный анализ на базе SPSS16.

Результаты и обсуждение. В ходе проведенного исследования были идентифицированы различные типы кросс-половой акцентуации полоролевой идентификации при параноидной шизофрении, с помощью факторного анализа смоделированы структуры шизоформных симптомокомплексов, характерные для каждого типа акцентуации, и выделен аффективный компонент, определяющий взаимодействие и динамику сформированных структур [таблицы 1–7].

Таблица 1 – Распределение пациентов по полу

Пол	Кол-во пациентов, n	Кол-во пациентов, %
Мужской	37	50
Женский	37	50
Итого	74	100

Все респонденты репрезентативны по полу.

Таблица 2 – Распределение респондентов по возрасту

Возраст	Кол-во пациентов, n	Кол-во пациентов, %
19–26 лет	35	47
26–40 лет	16	22
41–50 лет	23	31
Итого	74	100

Отмечается преобладание пациентов юношеской возрастной группы (47 %), распределение респондентов взрослой и зрелой возрастных групп – 22 и 31 % соответственно.

Таблица 3 – Распределение респондентов по частоте госпитализаций

Кол-во госпитализаций	Кол-во пациентов, n	Кол-во пациентов, %
Менее 5	32	43
5–10	33	45
Более 10	9	12
Итого	74	100

88 % респондентов имеют до 10 госпитализаций, половина из которых – менее 5 госпитализаций. Лишь у 12 % пациентов отмечается феномен регоспитализации [9].

Таблица 4 – Выраженность гендерно-ролевой асимметрии у респондентов

Пол	Маскулинность		Фемининность	
	кол-во респондентов, n	кол-во респондентов, %	кол-во респондентов, n	кол-во респондентов, %
М	21	56	16	44
Ж	11	31	26	69

У 56 % респондентов мужского пола доминирует маскулинность, у 44 % – фемининность. 69 % респонденток имеют превалирующую фемининность и 31 % – маскулинность.

Среди респондентов мужского пола пациенты с доминирующей фемининностью имеют достоверно более высокий средний уровень депрессии, тревоги и гетероагрессии по сравнению с маскулинными пациентами. Среди пациенток средний уровень тревоги и депрессии выше у фемининных женщин, чем у маскулинных.

У мужчин с доминирующей маскулинностью корреляции между аффективными компонентами и гендерно-ролевой идентификацией не выявлено. Фемининные пациенты имеют сильные обратные связи между аутоагрессией/гетероагрессией и депрессией. У фемининных пациенток обнаруживаются сильные прямые

Таблица 5 – Сравнительный анализ средних данных по аффективному компоненту в зависимости от гендерно-ролевой идентификации

Респонденты	Уровень депрессии по шкале Цунга, М ± m	Уровень тревоги по шкале Спилбергера – Ханина, М ± m	Уровень аутоагрессии по Ильину, М ± m	Уровень гетероагрессии по Ильину, М ± m	p
Маскулинные мужчины	48 ± 1,6	43 ± 2,5	7 ± 2	4 ± 2	p ≤ 0,05
Фемининные мужчины	53 ± 2,7	50 ± 1,8	4 ± 1,3	6 ± 2	p ≤ 0,05
Фемининные женщины	57 ± 0,7	52 ± 1,6	6 ± 2	5 ± 2	p ≤ 0,05
Маскулинные женщины	50 ± 0,8	48 ± 1	6 ± 1	4 ± 1	p ≤ 0,05

Таблица 6 – Результаты корреляционного анализа по аффективному компоненту и гендерно-ролевой идентификации

Респонденты	Корреляции	Коэффициент корреляции, r; p
Маскулинные мужчины	-	-
Фемининные мужчины	Аутоагрессия – депрессия Гетероагрессия – депрессия Тревога – депрессия	-0,969 (p ≤ 0,001) -0,955 (p ≤ 0,001) 0,979 (p ≤ 0,05)
Фемининные женщины	Маскулинность – гетероагрессия Маскулинность – депрессия	0,895 (p ≤ 0,001) 0,803 (p ≤ 0,001)
Маскулинные женщины	Гетероагрессия – тревога Тревога – депрессия	0,913 (p ≤ 0,05) 0,939 (p ≤ 0,05)

связи между маскулинностью и гетероагрессией, маскулинностью и депрессией. Маскулинные пациентки обнаруживают сильные прямые связи между тревогой и депрессией, тревогой и гетероагрессией (см. таблицу 6).

У маскулинных мужчин доминируют: фактор 1 (включающий моторную заторможенность, пассивно апатическую социальную отгороженность, депрессию, притупленный аффект), положительно коррелирующий с уровнем аутоагрессии и депрессии, и фактор 4 (малоконтактность, социальная отгороженность, нарушение внимания, импульсивность), обратно связанный с уровнем маскулинности. Фемининные мужчины чаще проявляют расстройства мышления, необычное содержание мыслей, бред, галлюцинации, импульсивность, напрямую связанные с их доминирующей фемининностью; на другом полюсе психопатологической картины наблюдаются выраженное снижение критики к психическому состоянию, необычное содержание мыслей, бред, загруженность психическими переживаниями, отсутствие враждебности, доступность контакту, обратно коррелирующие с уровнем гетероагрессии. Преобладающие симптомокомплексы у фемининных женщин: фактор 3

(тревога, активная социальная отстраненность, идеи преследования, напряженность, малокоммуникабельность, соматическая озабоченность), сопровождающийся снижением аутоагрессии, и фактор 6 (соматическая озабоченность, дезориентированность, манерность, отсутствие чувства вины), сопряженный с тревогой и обратный уровень аутоагрессии и выраженности маскулинного компонента. Маскулинные женщины в контексте процессуальных изменений проявляют малоконтактность, эмоциональную отгороженность, нарушение внимания и воли (импульсивность), что имеет прямую сильную связь с фемининным компонентом (см. таблицу 7).

Из вышеизложенного можно сделать вывод: в ходе исследования было идентифицировано наличие гендерно-ролевой асимметрии или кросс-половой акцентуации полоролевого поведения у пациентов с параноидной шизофренией. У 44 % мужчин доминировала фемининность и у 31 % женщин – маскулинность (см. таблицы 1–4). Также было доказано, что определенный тип акцентуации полоролевого поведения оказывает влияние на формирование структуры шизоформных симптомокомплексов и содержит

Таблица 7 – Результаты факторного анализа симптомов шкалы PANSS с отображением выраженности доминирующих шизоформных симптомокомплексов у респондентов с различными типами гендерно-ролевой идентификации

Респонденты	Доминирующие факторы F** _i ; (факторная нагрузка каждого симптома)	Корреляционные взаимосвязи с аффектом или ГРИ* _i ; r; p
Маскулинные муж.	F**1: моторная заторможенность (0,879), пассивно-апатическая социальная отгороженность (0,786), депрессия (0,729), притупленный аффект (0,715), малокоммуникабельность (0,499)	F**1 – аутоагрессия (r = 0,780, p ≤ 0,05) F**1 – депрессия (r = 0,763, p ≤ 0,05)
	F**4: малоконтактность (0,882), эмоциональная отгороженность (0,637), нарушение внимания (0,558), расстройства воли (импульсивность) (0,427)	F**4 – маскулинность (r = -0,827, p ≤ 0,001)
Фемининные муж.	F**2: нарушение абстрактного мышления (0,937), расстройства мышления (0,919), стереотипное мышление (0,753), галлюцинации (0,736), импульсивность (0,666), бред (0,663), необычное содержание мыслей (0,518)	F**2 – фемининность (r = 0,873, p ≤ 0,05)
	F**5 (занимает полярную позицию): снижение критичности к состоянию (0,888), бред (0,506), необычное содержание мыслей (0,442), загруженность психическими переживаниями (0,481), враждебность (-0,418), малокоммуникабельность (-0,472).	F**5 – гетероагрессия (r = -0,885, p ≤ 0,001)
Фемининные жен.	F**3: тревога (0,868), активная социальная отстраненность (0,819), идеи преследования (0,780), напряженность (0,720), малокоммуникабельность (0,541), соматическая озабоченность (0,441)	F**3 – аутоагрессия (r = -0,870, p ≤ 0,001)
	F**6: соматическая озабоченность (0,847), дезориентированность (0,648), манерность и позирование (0,591), чувство вины (-0,518)	F**6 – тревога (r = 0,894, p ≤ 0,05) F**6 – аутоагрессия (r = -0,707, p ≤ 0,05); F**6 – маскулинность (r = -0,776, p ≤ 0,001)
Маскулинные жен.	F**4: малоконтактность (0,882), эмоциональная отгороженность (0,637), нарушение внимания (0,558), расстройства воли (импульсивность) (0,427)	F**4 – фемининность (r = 0,994, p ≤ 0,001);

Примечание. *ГРИ – гендерно-ролевая идентификация; **F – фактор.

аффективный компонент, который служит клинико-психологическим механизмом в выделенной структуре .

Мужчины с доминирующей маскулинностью чаще проявляли негативную психопатологическую симптоматику, которая была связана с высоким уровнем аутоагрессии (r = 0,780, p ≤ 0,05) и депрессии (r = 0,763, p ≤ 0,05), и возрастала с ослаблением их маскулинного компонента (r = - 0,827, p ≤ 0,001) (см. таблицу 7). Связей между аффективным и гендерно-ролевым компонентами выявлено не было (см. таблицу 6), что, возможно, говорит о несформированности эго-структур и эго-защитных механизмов у респондентов данной группы.

Мужчины с фемининной акцентуацией полоролевой идентификации имели выраженную

позитивную симптоматику, которая включала расстройства мышления, бред, галлюцинации, психические автоматизмы, снижение критичности к состоянию, контактность, связанные с их фемининным компонентом (r = 0,873, p ≤ 0,05) и сопровождаемые снижением гетероагрессии (r = -0,885, p ≤ 0,001) (см. таблицу 7). Обратные корреляционные связи между сравнительно высоким средним уровнем депрессии (53 ± 2,7) (см. таблицу 5) и ауто-и гетероагрессией (r = -0,969; p ≤ 0,001), (r = 0,955; p ≤ 0,001) соответственно (см. таблицу 6) свидетельствуют о возможной трансформации агрессии, подавляемой фемининным компонентом, в депрессивный аффект, более приемлемый при доминирующей фемининности (см. таблицу 5).

Фемининные женщины проявляли либо доминирующие идеи преследования, тревогу, социальную отстраненность, соматическую озабоченность, что сопровождалось снижением аутоагрессии ($r = -0,870$, $p \leq 0,001$) (см. таблицу 7), либо манерность, дезориентированность, соматическую озабоченность, отсутствие чувства вины, связанные с тревогой ($r = 0,894$, $p \leq 0,05$), которая была довольно высока (52 ± 6) $p \leq 0,05$ (см. таблицу 5), и возрастающие со снижением маскулинности ($r = -0,776$, $p \leq 0,001$) (см. таблицу 7). Между тем, маскулинность обуславливала рост гетероагрессии ($r = 0,895$; $p \leq 0,001$) и депрессии ($r = 0,803$; $p \leq 0,001$) у данных пациенток (см. таблицу 6). Следовательно, возрастание уровня маскулинности и гетероагрессии, возможно, служат клиничко-психологическим механизмом в трансформации “преследуемого” в “преследователя” при функционировании данных симптомокомплексов.

Пациентки с кросс-половой акцентуацией проявляли достаточно устойчивый паттерн психопатологического поведения, они были мало-контактны, импульсивны, эмоционально отгорожены, с нарушением внимания. Позитивной психопатологической симптоматики у них практически не наблюдалось. Данный симптомокомплекс коррелировал с фемининностью ($r = 0,994$, $p \leq 0,001$) (см. таблицу 7), что свидетельствует о запуске процесса интрапсихической адаптации к болезни.

Литература

1. *Flor-Henry P.* Influence of gender in schizophrenia as related to other psychopathological syndromes / *Schizophr bull* 1990; 16: 211–227.
2. *Goldstein J.M. et al.* Sex differences in the familial transmission of schizophrenia // *Br J Psychiatry* 1990 ; 156: 819–826.
3. *Gur R.E., Petty R.G., Turetsky B.F.* Schizophrenia throughout life: sex differences in severity and profile of symptoms // *Schizophr Research* 1996 ; 21: 12.
4. *Goldstein J.M.* Gender differences in the course of schizophrenia // *Am J Psychiatr* 1988 ; 145: 684–689.
5. *Ragland J.D., Gur R.E., Klimas B.C. et al.* Neuropsychological laterality indices of schizophrenia: Interactions with gender // *Schizophr Bull* 1999; 25: 79– 89.
6. *Соколов П.Е.* Роль пола в формировании манифестных шизофренических психозов у подростков / П.Е. Соколов // *Журнал неврологии и психиатрии.* М., 2011. № 5.
7. *Алексеев Б.Е.* Психосексуальная сфера больных эндогенными психозами: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Б.Е. Алексеев. СПб., 2001. 440 с.
8. *Алексеев Б.Е.* Полорольное поведение и его акцентуации / Б.Е. Алексеев. СПб.: Речь, 2006. 140 с.
9. *Ким А.С.* Феномен регоспитализаций как эквивалент процессов аутостигматизации у пациентов с параноидной шизофренией / А.С. Ким, Е.С. Черапкин // *Реабилитация и дестигматизация в психиатрии: Материалы науч.-практ. конф. с междунар. участием.* Санкт-Петербург / отв. ред. Н.Н. Петрова. СПб.: Элмор, 2013. 55 с.