

УДК 616.895.8-06:616.89-008.454-055.1-085.851

## Гендерні особливості клініко-психопатологічних проявів при постшизофренічній депресії

Стаханов К.О.

Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна

**Резюме.** Проблема депресії при шизофренії являється однією з актуальних в сучасній психіатрії, однак до сих пор відсутній загальноприйнятий підхід, як до діагностики цих станів, так і практичних рекомендацій по оптимізації терапевтичних підходів. К участю в дослідженні були привлечені 141 хворий на постшизофренічну депресію. Всі обстежувані були розділені на дві групи за статевим ознакою. Клініко-психопатологічне обстеження було виконано за допомогою напівструктурованого клінічного інтерв'ю. При цьому здійснювалась оцінка загального стану пацієнтів, деталей скарги, порівняння отриманих даних з інформацією, що міститься в доступній медичній документації, а також проводилась оцінка вираженості позитивної, негативної та загальної симптоматики шизофренії за допомогою шкали PANSS.

**Ключові слова:** постшизофренічна депресія, гендерні особливості, шкала PANSS.

## Gender peculiarities clinic-psychopathological manifestations in post-schizophrenic depression

Stakhanov K.O.

Odessa National Medical University, Odessa, Ukraine

**Summary.** The problem of depression in schizophrenia is one of the topical issues in modern psychiatry, but there is still no generally accepted approach to both the diagnosis of these conditions and practical recommendations for optimizing therapeutic approaches. 141 patients with post-schizophrenic depression were included in the study. All subjects were divided into two groups on the basis of gender. Clinics-psychopathological examination was performed through a semi-structured clinical interview. At the same time, the general condition of patients with post-schizophrenic depression was assessed, the collection and analysis of anamnesis data, details of complaints, the comparison of the findings with the information contained in available medical documentation, and assessed the severity of positive, negative and general symptoms of schizophrenia using the PANSS scale.

In the course of the study, gender features were identified regarding the clinical manifestations of the disease in patients with PSD within the positive, negative and general psychopathological symptom complexes. Among the positive symptoms of psychosis in men, it is significantly more common in men compared with women: hallucinatory behavior, psychomotor agitation, suspicious-persecution, hostility. In women, more often than men, was dominated by the mania of grandeur.

Among the negative symptoms in men prevailed: flattening the affection, emotional alienation, reducing communicability, passive / apathy social self-isolation. In women, within the limits of the negative syndrome, there is a significantly higher incidence of abstract thinking in comparison with men.

Among general psychopathological symptoms for women, somatization, feelings of guilt, tenderness of movements and poses, decreased attention, violations of criticism and prudence were more characteristic; Men were more prone to disturbing manifestations, autism and social isolation.

**Key words:** post-schizophrenic depression, gender peculiarities, PANSS scale.

### Вступ.

В даний час поняття постшизофренічної депресії (ПШД) введено до МКХ-10, де пропонується операціоналізувати визначення даного діагнозу і робиться спроба уникнути плутанини за допомогою спеціального твердження, що вона не має ніякого значення для діагностики незалежно від того, розкриваються ці симптоми в рамках психотичного епізоду або ж вони є самостійним проявом, також не має ніякого значення, чи є депресія невід'ємною частиною шизофренії або ж психологічною реакцією на неї [1, 232-233]. Приймаючи до уваги, що 10 % хворих на шизофренію здійснюють самогубство, очевидно, що депресія є додатковим фактором ризику смерті внаслідок самогубства при шизофренії [2, 33-34]. У пацієнтів, які здійснюють суїцидальні спроби, випадки депресії в анамнезі відзначаються частіше, при цьому наголошується, що самогубство при шизофренії більшою мірою корелює з відчуттям

безнадійності і психологічними аспектами депресії, ніж з її вегетативними ознаками [3, 91; 4, с. 39-41]. Дослідники вказують на зв'язок між депресивними симптомами і поганим виконанням соціальних ролей, включаючи труднощі у взаєминах з іншими людьми [4, с.44; 5, с. 47-50]. Депресивні симптоми у чоловіків і жінок спостерігаються однаково часто, при цьому автори відзначають, що характер протікання депресії при шизофренії у чоловіків та жінок має відмінності [5, с. 50-52; 6, с. 10; 7, 149-152; 8, с. 17-18]. Тому темою даного дослідження було обрано визначення гендерно обумовлених клініко-психопатологічних особливостей пацієнтів з ПШД.

### Контингенти та методи дослідження.

Дослідження проходило на протязі 2012-2017 рр. на базі КУ «Одеський обласний медичний центр психічного здоров'я». До участі було включено 141 хворий на ПШД. На початку дослідження всі обстежувані були розділені на дві

групи за гендерною ознакою: 68 чоловіків склали першу групу (Г1), а 73 жінки — другу групу (Г2). Умови проведення роботи відповідали загальноприйнятим нормам етики та моралі, вимогам дотримання прав людини, особистісних інтересів всіх учасників дослідження. Хворі та їх родичі були ознайомлені з темою, метою та методами даного дослідження.

На етапі включення хворих до участі у дослідженні обстежуваним роз'яснювались методики, за якими вони будуть проходити тестування, отримувалась письмова згода на участь у дослідженні. Хворим та їх родичам пояснювалось, що участь у дослідженні є цілком добровільною та конфіденційною, а також вони були ознайомлені з правом відмови від участі у дослідженні.

Методи дослідження, які використовувались в дослідженні: теоретичний, соціально-демографічний, клініко-психопатологічний, психодіагностичний, катамнестичний, статистичний.

Клініко-психопатологічне обстеження було реалізоване шляхом напівструктурованого клінічного інтерв'ю. При цьому здійснювалася оцінка загального стану пацієнтів з ПШД, збір та аналіз анамнестичних даних, деталізація скарг, співставлення одержаних даних з відомостями, що містяться у доступній медичній документації, а також проводилася оцінка виразності позитивної, негативної та загальної симптоматики шизофренії за допомогою шкали PANSS [9, с.232-238]. Отримані результати і стали предметом даної статті.

### **Результати дослідження, їх обговорення.**

Серед соціально-демографічних характеристик досліджених вивчали вікову та статеву належність, вік дебютування та загальний термін захворювання, рівень освіти, сімейний стан та рівень матеріального достатку.

Більшість досліджених входили до вікового проміжку від 30 до 50 років (72,07 % чоловіків та 60,28 % жінок). Дебют основного захворювання, як у чоловіків, так і у жінок, здебільшого приходився на вік 31-40 років (Г1 — 48,52 % пацієнтів, Г2 — 50,68 % осіб). Біля чверті осіб Г1 та Г2 вперше потрапили на облік психіатра у віці 21-30 років (Г1 — 23,52 особи, Г2 — 26,02 досліджених). Дещо рідше перші прояви захворювання проявлялись у пацієнтів у віці 41-50 років (Г1 — 20,61 %; Г2 — 13,69 %). В поодиноких випадках дебют захворювання приходився на вік до 20 років (Г1 — 7,35 %; Г2 — 9,61 %). Загальний термін захворювання у більшості чоловіків та жінок з ПШД складав більш ніж 6 років (Г1 — 72,05 %; Г2 — 76,66 %). Більшість пацієнтів з ПШД, як чоловіків, так і жінок, отримали вищу освіту (Г1 — 64,7 %; Г2 — 60,27 %), з них

кілька осіб отримали дві або більше освіти або науковий ступінь (Г1 — 10,29%; Г2 — 6,85 %). Середню або середню спеціальну освіту отримали в Г1 32,36 % чоловіків, в Г2 — 38,36 % жінок. Незначна кількість пацієнтів перервали навчання в середній школі та не отримали повної середньої освіти (Г1 — 2,94 %, Г2 — 1,37 %). Більша частина досліджених обох груп були офіційно одруженими, або проживали у громадському шлюбі (Г1 — 42,65 %, Г2 — 68,50 %), з них невелика кількість осіб проживали окремо від подружжя (Г — 4,4 %, Г2 — 10,96 %). Неодруженими або розлученими частіше були представники чоловічої статі, які страждали на ПШД, порівняно з пацієнтками жіночої статі ( $p \leq 0,05$ ). Більшість досліджених обох груп оцінили власний матеріальний стан як «нижче середнього» (Г1 — 54,41 %, Г2 — 49,32 %). Оцінка власного матеріального стану як «межа бідності» достовірно частіше зустрічалась в групі чоловіків, порівняно з жінками ( $p \leq 0,05$ ). Статки середні або вище середнього достовірно частіше характеризували жінок Г2 у порівнянні з групою чоловіків ( $p \leq 0,05$ ).

Часто оцінка і лікування депресивних симптомів при шизофренії створюють певні труднощі в клінічній роботі. Основним терапевтичним завданням етапу ранньої діагностики є зменшення надлишкової хворобливості і смертності, пов'язану з депресивною симптоматикою.

Так, при постшизофренічній депресії обов'язково повинні бути присутніми деякі ознаки шизофренії (як негативні, так і позитивні), проте вони вже не є провідними в клінічній картині захворювання. Депресивні симптоми при даній патології не настільки виражені, як при важкому депресивному епізоді, відсутні виражене занепокоєння, ажитованість або загальмованість, проте, навіть в такому стані, хворі можуть здійснювати спроби суїциду. Даному розладу властива незавершеність, «стертість» власне депресивних ознак. За своєю симптоматикою ПШД подібна до атипової депресії. Добові коливання психічного стану є слабо вираженими. Можуть визначатися такі симптоми ПШД: маячні ідеї відносин, що знаходяться в початковому стані і не роблять істотного впливу на поведінку людини; надцінні побоювання загострення шизофренії; епізодичні фрагментарні галюцинаторні переживання; черствість; байдужість до своєї долі; збіднення інтересів; відсутність спонукань, прагнень до будь-якої діяльності; втрата здатності отримувати задоволення (ангедонія); туга; похмурий фон настрою; іпохондричні скарги; псіхомоторна загальмованість; підвищена тривожність; почуття провини; ідеї малоцінності; порушення сну; суїцидальні думки.

Одним із завдань даного дослідження було визначення гендерно обумовлених відмінностей у клініко-психопатологічних проявах захворювання. Дані, отримані в групах чоловіків та жінок з ПШД за шкалою PANSS, наведено в табл.1.

Серед позитивних симптомів у чоловіків з ПШД достовірно частіше, у порівнянні з жінками, відмічались: галюцинаторна поведінка (Г1 — 5,5 бала; Г2 — 4,3 бала,  $p \leq 0,05$ ), психомоторне збудження (Г1 — 6,0 бала; Г2 — 5,1 бала,  $p \leq 0,05$ ) підозрілість-переслідування (Г1 — 5,9 бала; Г2 — 4,2 бала,  $p \leq 0,05$ ), ворожість (Г1 — 6,0 бала; Г2 — 4,5 бала,  $p \leq 0,05$ ). У жінок частіше, у порівнянні з чоловіками, домінували манія величності (Г1 — 3,0 бала; Г2 — 4,6 бала).

Серед негативних симптомів у чоловіків переважали: сплющення афекту (Г1 — 5,8 бала; Г2 — 4,6 бала,  $p \leq 0,05$ ), емоційна відгородженість (Г1 — 6,1 бала; Г2 — 4,0 бала,  $p \leq 0,05$ ),

зниження комунікабельності (Г1 — 5,7 бала; Г2 — 3,9 бала,  $p \leq 0,05$ ), пасивна/апатична соціальна самоізоляція (Г1 — 6,1 бала; Г2 — 4,1 бала,  $p \leq 0,05$ ). У жінок в межах негативного синдрому достовірно частіше, у порівнянні з чоловіками, спостерігались порушення абстрактного мислення (Г1 — 5,6 бала; Г2 — 6,1 бала,  $p \leq 0,05$ ).

Серед загальнопсихопатологічних симптомів для жінок більш характерними були соматизація (Г1 — 4,0 бала; Г2 — 5,6 бала), почуття провини (Г1 — 4,5 бала; Г2 — 5,8 бала), манірність рухів та поз (Г1 — 4,1; Г2 — 5,9 бала), зниження уваги (Г1 — 4,9 бала; Г2 — 5,2 бала), порушення критики та розважливості (Г1 — 5,0 бала; Г2 — 5,7 бала); чоловікам більш властивими були тривожні прояви (Г1 — 5,8 бала; Г2 — 4,4 бала), аутизація (Г1 — 6,0 бала; Г2 — 4,9 бала), та соціальна ізоляція (Г1 — 5,7 бала; Г2 — 4,5 бала).

Таблиця 1

**Розподіл середнього значення та структури синдромів в групах за шкалою PANSS (середній бал)**

Синдроми	Симптоми	Г1 (n=68)	Г2 (n=73)
Позитивні	Марення	6,2	5,3
	дезорганізація мислення	5,0	5,2
	галюцинаторна поведінка	5,5	4,3*
	психомоторне збудження	6,0	5,1*
	манія величності	3,0	4,6*
	підозрілість-переслідування	5,9	4,2*
	ворожість	6,0	4,5*
Негативні	сплющення афекту	5,8	4,6*
	емоційна відгородженість	6,1	4,0*
	зниження комунікабельності	5,7	3,9*
	пасивна/апатична соціальна самоізоляція	6,1	4,1*
	порушення абстрактного мислення	5,6	6,1*
	зниження спонтанності та мовної активності	5,1	5,3
	стереотипність мислення	5,7	5,0
Загально-психопатологічні	соматизація	4,0	5,6
	тривожність	5,8	4,4
	почуття провини	4,5	5,8
	внутрішня напруга	5,2	5,4
	манерність рухів та поз	4,1	5,9
	депресія	5,6	5,8
	рухова загальмованість	5,8	5,3
	негативізм	6,2	6,0
	мислення з незвичайним змістом	5,1	4,9
	дезорієнтація	4,0	4,8
	зниження уваги	4,9	5,2
	порушення критики та розважливості	5,0	5,7
	вольові порушення	5,3	4,4*
	зниження контролю імпульсів	5,6	5,1*
	аутизація	6,0	4,9*
активна соціальна ізоляція	5,7	4,5*	

Примітка: \* — різниця достовірна,  $p \leq 0,05$ .

**Висновки**

1. В процесі дослідження виявлено гендерні особливості щодо клінічних проявів захворювання у пацієнтів з ПШД в межах позитивного, негативного та загально психопатологічного симптомокомплексів.
2. Серед позитивних симптомів ПШД у чоловіків достовірно частіше, у порівнянні з жінками, відмічались: галюцинаторна поведінка (Г1 — 5,5 бала; Г2 — 4,3 бала,  $p \leq 0,05$ ), психомоторне збудження (Г1 — 6,0 бала; Г2 — 5,1 бала,  $p \leq 0,05$ ), підозрілість-переслідування (Г1 — 5,9 бала; Г2 — 4,2 бала,  $p \leq 0,05$ ), ворожість (Г1 — 6,0 бала; Г2 — 4,5 бала,  $p \leq 0,05$ ). У жінок частіше, у порівнянні з чоловіками, домінували манія величч (Г1 — 3,0 бала; Г2 — 4,6 бала,  $p \leq 0,05$ ).
3. Серед негативних симптомів у чоловіків переважали: сплющення афекту (Г1 — 5,8 бала; Г2 — 4,6 бала,  $p \leq 0,05$ ), емоційна відгородженість (Г1 — 6,1 бала; Г2 — 4,0 бала,  $p \leq 0,05$ ), зниження комунікабельності (Г1 — 5,7 бала; Г2 — 3,9 бала,  $p \leq 0,05$ ), пасивна/апатична соціальна самоізоляція (Г1 — 6,1 бала; Г2 — 4,1 бала,  $p \leq 0,05$ ). У жінок в межах негативного синдрому достовірно частіше, у порівнянні з чоловіками, спостерігались порушення абстрактного мислення (Г1 — 5,6 бала; Г2 — 6,1 бала,  $p \leq 0,05$ ).
4. Серед загальнопсихопатологічних симптомів для жінок більш характерними були соматизація (Г1 — 4,0 бала; Г2 — 5,6 бала,  $p \leq 0,05$ ), почуття провини (Г1 — 4,5 бала; Г2 — 5,8 бала,  $p \leq 0,05$ ), манірність рухів та поз (Г1 — 4,1; Г2 — 5,9 бала,  $p \leq 0,05$ ), зниження уваги (Г1 — 4,9 бала; Г2 — 5,2 бала), порушення критики та розважливості (Г1 — 5,0 бала; Г2 — 5,7 бала,  $p \leq 0,05$ ); чоловікам більш властивими були тривожні прояви (Г1 — 5,8 бала; Г2 — 4,4 бала,  $p \leq 0,05$ ), аутизація (Г1 — 6,0 бала; Г2 — 4,9 бала,  $p \leq 0,05$ ), та соціальна ізоляція (Г1 — 5,7 бала; Г2 — 4,5 бала,  $p \leq 0,05$ ).

**Література.**

1. Карманное руководство к МКБ-10: Классификация психических и поведенческих расстройств (с глоссарием и исследовательскими диагностическими критериями). — К.: Сфера, 2000. — 464 с.
2. Бессмертный А.В. Особенности катанеза внутренней картины болезни в контексте автобиографических воспоминаний у больных шизофренией / А.В. Бессмертный, И.Ф. Пирогов, С.Г. Гринвальд // Медична психологія. — 2013. — №2. — С.32-38.
3. Кожина А.М. Современные подходы к терапии депрессивных расстройств / А.М. Кожина, Е.А. Зеленская // Український вісник психоневрології. — 2013. — Т. 21. — № 4 (77). — С. 90-93.
4. Аширбеков Б.М. Социальное функционирование и качество жизни больных с постшизофреническими депрессиями / Б.М. Аширбеков // Вопросы ментальной медицины и экологии. — 2008. — Т.14. — № 1. — С. 37-53.
5. Буздиган О.Г. Диференційовані підходи до психосоціальної реабілітації хворих на шизофренію з урахуванням клініко-функціональних гендерних особливостей / О.Г. Буздиган // Український вісник психоневрології. — 2016. — Т. 24, № 4 (89). — С. 47-53.
6. Гуменюк Л.Н. Клинико-социальная характеристика страдающих психическими расстройствами с ограниченной способностью интеграции в сообщество (бездомные) / Л.Н. Гуменюк // Український вісник психоневрології. — 2008. — Т. 16, вип. 1. — С. 9-12.
7. White T.P. You looking at me?: Interpreting social cues in schizophrenia / T. P. White, F. R. Borgan, S. S. Shergill // Psychol Med. — 2016. — Vol.46. — P. 149-160.
8. Марута Н.А. Восстановление социального функционирования — основная цель терапии депрессии / Н.А. Марута // НейроNEWS: психоневрология и нейропсихиатрия. — 2013. — № 8 (53). — С. 16-20.
9. Райгородский Д. Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты / Д. Я. Райгородский // Самара. «Бахрах-М», — 2002. — 672 с.