



УДК: 616.89-02-055

DOI: <https://doi.org/10.17816/nb109920>

Гендерные характеристики ремиссии шизофрении

В.С. Серазетдинова¹, Н.Н. Петрова², Л.Г. Серазетдинова¹, Л.Я. Глускина¹¹Психоневрологический диспансер №5, Санкт-Петербург, Россия²Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург, Россия*Автор, ответственный за переписку:* Валерия Сергеевна Серазетдинова, valeria.psy21@gmail.com

АННОТАЦИЯ

Обоснование. В настоящее время актуально изучение гендерных характеристик заболеваемости шизофренией, возраста дебюта, особенностей клинической картины и течения заболевания, ответа на лечение и переносимости антипсихотических препаратов у пациентов.

Цель. Изучение клинико-функциональных характеристик ремиссии в зависимости от пола больных шизофренией.

Материал и методы. Обследован 61 амбулаторный пациент с параноидной шизофренией (28 мужчин и 33 женщины) на этапе ремиссии заболевания. Клинико-шкальная оценка проведена с помощью шкал PANSS, PSP, CGI-S, DAI.

Результаты. Ограничение профессиональной деятельности и социальных контактов чаще отмечено у мужчин. Среди больных без инвалидности и пациентов с 3-й группой инвалидности преобладали женщины, со 2-й группой инвалидности — мужчины. Показатель степени тяжести заболевания по шкале CGI-S в период ремиссии соответствовал умеренной степени тяжести у мужчин и лёгкой — у женщин ($p < 0,05$). Выраженность резидуальной продуктивной и, особенно, негативной симптоматики была больше у пациентов мужского пола. Уровень социального и повседневного функционирования по PSP у женщин выше, чем у мужчин. У пациентов обоих полов преобладали заметные нарушения, однако среди мужчин они развивались чаще. Наиболее выраженные различия обнаружены по степени нарушения функционирования в поведенческой сфере. Неблагоприятный в отношении социального функционирования параноидный тип ремиссии преобладал у мужчин. Для женщин наиболее благоприятным с точки зрения комплаенса и социального функционирования оказался тимопатический тип ремиссии. Антипсихотики I поколения чаще назначали при параноидном типе ремиссии и мужчинам, и женщинам, в то время как терапия антипсихотиками II поколения ассоциировалась с наиболее благоприятными вариантами ремиссии как для мужчин (апатический тип), так и для женщин (тимопатический тип), что соотносилось с более высоким уровнем социального функционирования. В целом уровень социального функционирования был выше при назначении антипсихотиков II генерации независимо от пола пациентов с шизофренией.

Вывод. Подтверждена гипотеза о лучшем исходе заболевания в рамках личностно-социального восстановления у женщин.

Ключевые слова: шизофрения, гендерные особенности, ремиссия, восстановление.

Для цитирования:

Серазетдинова В.С., Петрова Н.Н., Серазетдинова Л.Г., Глускина Л.Я. Гендерные характеристики ремиссии шизофрении // Неврологический вестник. 2022. Т. LIV. Вып. 3. С. 11–20. DOI: <https://doi.org/10.17816/nb109920>.

DOI: <https://doi.org/10.17816/nb109920>

Gender characteristics of schizophrenia remission

Valeria S. Serazetdinova¹, Natalia N. Petrova², Larisa G. Serazetdinova¹,
Lyubov Ya. Gluskina¹

¹St. Petersburg State Medical Institution Psychoneurological Dispensary No. 5, Saint Petersburg, Russia

²Saint Petersburg State University, Saint Petersburg, Russia

Corresponding author: Valeria S. Serazetdinova, valeria.psy21@gmail.com

ABSTRACT

BACKGROUND. Currently, it is relevant to study the gender characteristics of the incidence of schizophrenia, the age of onset, the features of the clinical picture and course of the disease, the response to treatment and the tolerability of antipsychotic drugs in patients.

AIM. The aim of the study was to study the clinical and functional characteristics of remission, depending on the gender of patients with schizophrenia.

MATERIAL AND METHODS. 61 outpatient patients with paranoid schizophrenia (28 men and 33 women) were examined at the stage of remission of the disease. Clinical and scale assessment was carried out using the PANSS, PSP, CGI-S, DAI scales.

RESULTS. There were more married women than men. Restriction of professional activity and social contacts was more often observed in male patients. Among patients without disabilities and patients with the 3rd disability group, female persons prevailed, while among patients with the 2nd disability group — men. It was shown that the age of onset of the disease was significantly less in men than in women. The indicator of the severity of the disease on the CGI-S scale during remission corresponded to moderate severity in men and mild severity in women ($p < 0.05$). The severity of residual productive and, especially, negative symptoms is greater in male patients. The level of social and everyday functioning according to PSP is higher for women than for men. Noticeable disorders prevailed in patients of both sexes, however, they were observed more often among men, while women more often than male patients had minor difficulties in certain areas of functioning. The most pronounced differences were found in the degree of impaired functioning in the behavioral sphere. The paranoid type of remission unfavorable with respect to social functioning was more often observed in men. For women, the thymopathic type of remission turned out to be the most favorable from the point of view of compliance and social functioning. Antipsychotics of the first generation were more often prescribed for the paranoid type of remission in both men and women, while therapy with antipsychotics of the second generation was associated with the most favorable remission options for both men (apathetic type) and women (thymopathic type), which correlated with a higher level of social functioning. In general, the level of social functioning was higher when prescribing second-generation antipsychotics, regardless of the gender of patients with schizophrenia.

CONCLUSION. The hypothesis about the best outcome of the disease in the framework of personal and social recovery in women has been confirmed.

Keywords: *schizophrenia, gender characteristics, remission, recovery.*

For citation:

Serazetdinova VS, Petrova NN, Serazetdinova LG, Gluskina LYa. Gender characteristics of schizophrenia remission. *Neurology Bulletin*. 2022;LIV(3):11–20. DOI: <https://doi.org/10.17816/nb109920>.

Received: 04.09.2022

Accepted: 09.09.2022

Published: 28.10.2022

ВВЕДЕНИЕ

В литературе существуют указания, что заболеваемость шизофренией сопоставима у женщин и мужчин [1, 2]. В то же время риск развития шизофрении на протяжении жизни у мужчин в 1,5 раза выше [3]. Выявляются различия в возрастном диапазоне начала заболевания: у мужчин шизофрения проявляется в среднем на 4 года раньше, чем у женщин [4]. В возрасте от 45 до 54 лет у женщин сохраняется высокий риск развития заболевания [5], в то время, как у мужчин пик развития болезни приходится на возраст 20 лет [6]. У женщин в клинической картине преобладает галлюцинаторно-бредовая и аффективная, а у мужчин — негативная симптоматика [7].

Ряд авторов расценивают большую выраженность негативной симптоматики у мужчин, как следствие разного уровня преморбидного социального функционирования у мужчин и женщин [8]. Более низкий уровень социального функционирования у мужчин в преморбиде был зарегистрирован в нескольких исследованиях, проведенных у пациентов с первым психотическим эпизодом и хронической шизофренией [9, 10]. Последствия первого психоза более тяжёлые и инвалидизирующие у пациентов мужского пола [6, 11]. Повторные обострения у мужчин имеют большую длительность. В исследовании Carpinello и соавт. оценивали показатели клинической ремиссии и выздоровления в сопоставлении с полом в когорте хронических амбулаторных больных шизофренией и шизоаффективным расстройством. Результаты работы указывают на лучшие исходы заболевания у женщин [12].

Предлагаемые гипотезы, объясняющие различие между пациентами мужского и женского пола с шизофренией, включают биологические модели (генетические, гормональные, нейроразвития), психологические (различная психологическая уязвимость) и социальные (культуральные особенности, например различные ожидания от гендерной роли) факторы [13–15].

Гендерные особенности клинико-функциональных показателей ремиссии и личностно-социального выздоровления остаются предметом дискуссий в свете противоречивых данных, обусловленных, в частности, методологическими различиями, связанными с критериями ремиссии и выздоровления [8, 16, 17].

Цель данной работы — изучение клинико-функциональных характеристик ремиссии в зависимости от пола больных шизофренией.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Был обследован 61 амбулаторный больной параноидной шизофренией (F20.0 по Международной классификации болезней 10-го пересмотра). В исследование были включены 28 мужчин и 33 женщины. Средний возраст мужчин на момент включения в исследование составил $43,8 \pm 12,7$ года, женщин — $44,6 \pm 12,3$ года.

В соответствии с клинико-функциональными критериями ремиссии при шизофрении [18] все пациенты были обследованы на этапе медикаментозной ремиссии. Обследованные соответствовали международным стандартизированным психометрическим критериям ремиссии по шкале оценки позитивных и негативных синдромов (PANSS — от англ. Positive and Negative Syndrome Scale) [19].

В работе использовали клинико-шкальную оценку, катamnестический и социально-демографический методы. Применяли шкалу общего клинического впечатления (CGI-S — от англ. Clinical Global Impression scale — Severity), PANSS, шкалу социального и повседневного функционирования (PSP — от англ. Personal and Social Performance scale), шкалу оценки отношения к лекарственным препаратам (DAI — от англ. Drug Attitude Inventory). При клинико-феноменологической характеристике ремиссии применяли классификацию, предложенную С.Н. Мосоловым: параноидная, псевдопсихопатическая, тимопатическая, астеническая, ипохондрическая ремиссии [18].

Использовали методы описательной статистики, для сравнения порядковых переменных применяли непараметрические критерии Манна-Уитни (для двух выборок) и Краскела-Уоллиса (для трёх и более выборок). Достоверными считали различия с уровнем значимости $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Количество одиноких пациентов среди мужчин и женщин было одинаково — 50% случаев. Женщин, состоящих в браке, было больше, чем мужчин (37,5 и 23,6% соответственно). Среди мужчин разведённых было больше, чем среди женщин (26,4 и 12,5% соответственно).

Приблизительно у половины пациентов мужского пола (52%) социальные контакты были ограничены, что сопровождалось сужением или утратой социальных интересов. Ограничение социальных контактов среди пациенток встречалось реже (36,4%).

Таблица 1. Распределение пациентов разного пола по наличию инвалидности

Группа инвалидности	Количество пациентов, n (%)		p
	Мужчины, n=28	Женщины, n=33	
3-я группа	6 (21,4)	11 (32,3)	<0,001
2-я группа	20 (71,4)	16 (48,3)	<0,001
1-я группа	—	—	—
Отсутствует	2 (7,2)	6 (19,4)	<0,001

Таблица 2. Частота нарушений социального функционирования у пациентов разного пола

Показатель PSP, баллы	Количество пациентов женского пола, абс. (%)	Количество пациентов мужского пола, абс. (%)
41–50 (значительные затруднения в двух и более областях или сильно выраженные затруднения в одной области)	0 (0)	1 (4)
51–60 (значительные нарушения в одной из областей)	8 (22)	9 (32)
61–70 (заметные, но не достигающие значительного уровня нарушения)	12 (36)	14 (50)
71–80 (небольшие затруднения в отдельных областях)	10 (32)	4 (14)
81–90 (хороший уровень функционирования)	3 (10)	0 (0)

На момент включения в исследование работали неполный рабочий день 23,6% женщин и 37,5% мужчин; преимущественно не работали (выходили несколько раз в неделю, были оформлены неофициально) 45,5% женщин и 28,6% мужчин, длительно не работали (работали эпизодически, менее 3 мес в году) 20,9% женщин и 12,6% мужчин; 21,3% мужчин и 10% женщин не работали. Таким образом, ограничение профессиональной деятельности чаще было у пациентов мужского пола.

Распределение обследованных больных по наличию инвалидности представлено в табл. 1. Обращает на себя внимание, что среди пациентов с 3-й группой инвалидности преобладали женщины, в то время как среди пациентов со 2-й группой инвалидности — мужчины. Среди пациентов без инвалидности преобладали женщины.

Показано, что у мужчин возраст начала заболевания был меньше, чем у женщин: $22,7 \pm 4,2$ и $29,35 \pm 8,5$ года соответственно ($p < 0,001$). Продолжительность ремиссии шизофрении на момент включения составила $12,17 \pm 0,5$ мес у мужчин и $11,63 \pm 0,5$ мес у женщин. Показатель степени тяжести заболевания в период ремиссии по шкале CGI-S составил у мужчин $3,2 \pm 0,5$ балла, у женщин — $2,5 \pm 0,9$ балла, что соответствовало умеренной степени у мужчин и лёгкой — у женщин ($p < 0,05$).

Согласно клинко-шкальной оценке по PANSS выраженность психопатологической симптоматики достигала $76,5 \pm 9,52$ балла у мужчин и $61,3 \pm 6,18$ балла у женщин; продуктивной симптоматики — $18,2 \pm 7,2$ балла у мужчин и $13,1 \pm 5,8$ балла у женщин, негативной симптоматики — $27 \pm 9,2$ балла у мужчин и $19,5 \pm 10,6$ балла у женщин.

Уровень социального и повседневного функционирования по PSP у женщин был выше, чем у мужчин ($69,83 \pm 4,86$ и $61,7 \pm 19,3$ балла, $p < 0,05$), и соответствовал уровню заметных, но не достигающих значительной степени нарушений.

У пациентов обоих полов преобладали заметные, но не достигающие значительного уровня нарушения, однако среди мужчин они развивались чаще, в то время как у женщин чаще встречались небольшие затруднения в отдельных областях функционирования (табл. 2).

У 67,3% мужчин и 52% женщин отмечено заметное нарушение в сфере социально полезной деятельности, включая учёбу и работу (PSP-A). У 65,5% мужчин выявлено значительное нарушение в сфере внутрисемейных и социальных отношений. 50% женщин имели заметные нарушения в сфере отношений с близкими и прочих социальных отношений (PSP-B). Самообслуживание (PSP-C) заметно нарушено у 80% мужчин и слабо — у 42% женщин. Наибольшие различия

Таблица 3. Клинико-шкальная характеристика ремиссии у пациентов разного пола

Тип ремиссии	Общий показатель шкалы, M±m				p
	PANSS, баллы		PSP, баллы		
	Мужчины	Женщины	Мужчины	Женщины	
Параноидный	76,5±5,15	57,3±4,55	61,0±4,95	71,25±7,63	<0,001
Псевдопсихопатический	—	74,5±3,71	—	70,5±6,01	0,118
Тимопатический	—	60,5±4,12	—	74,0±4,72	0,278
Астенический	—	42,0±6,41	—	65,5±6,41	0,08
Апатический	69,3±7,44	63,0±3,55	68,7±6,03	67,0±2,70	0,05

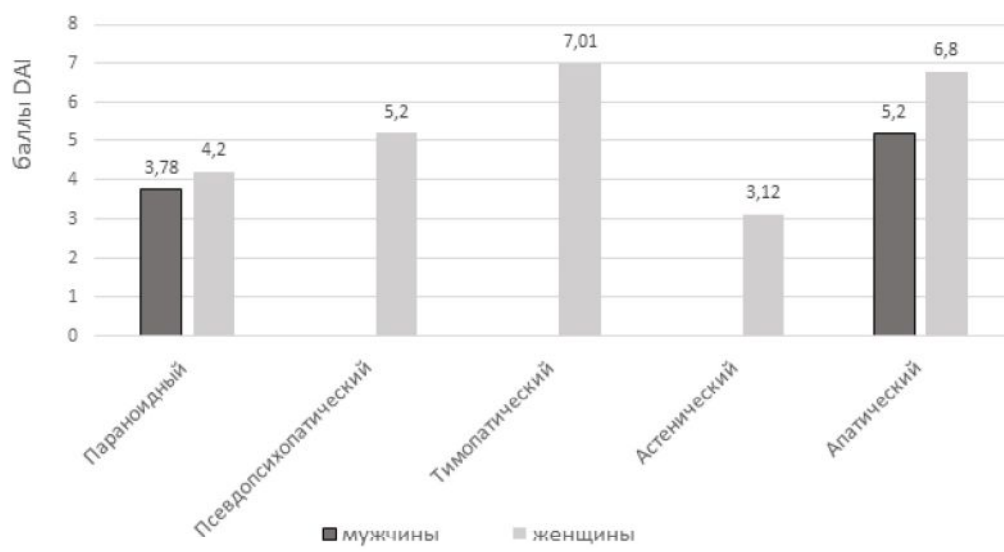


Рис. 1. Уровень комплаенса при разных типах ремиссии в зависимости от пола по шкале оценки отношения к лекарственным препаратам (DAI)

между полами обнаружены в отношении частоты заметных нарушений в поведенческой сфере (вербальная агрессия, социально неприемлемое поведение) (PSP-D): 30% мужчин и 4,5% женщин.

Распределение пациентов по типу ремиссии в зависимости от пола было следующим: параноидный тип ремиссии был установлен у 65,5% общего количества пациентов мужского пола и 53,5% женского пола. Апатический вариант ремиссии установлен у мужчин в 34,5% случаев, у женщин — в 13,29%. Псевдопсихопатический, тимопатический и астенический типы были выявлены у женщин соответственно в 18,9; 7,14 и 7,14%, у мужчин эти типы ремиссии отсутствовали.

Сравнительная оценка различных вариантов типа ремиссии в зависимости от пола по шкалам PANSS и PSP представлена в табл. 3.

Из приведенных в табл. 3 данных видно, что наибольшая выраженность резидуальной симпто-

матики у женщин была при псевдопсихопатическом типе ремиссии, наименьшая — при астеническом типе, в то время как у мужчин психическое состояние отличалось в худшую сторону при параноидном типе ремиссии, в лучшую — при апатическом типе.

При параноидном типе ремиссии социальное функционирование у женщин было выше, чем у мужчин. При апатическом типе ремиссии у мужчин и женщин показатели не различались (68,7 балла у мужчин и 67,0 баллов у женщин). У мужчин апатический тип ремиссии был более благоприятен в сравнении с параноидным с точки зрения психосоциального функционирования. У женщин наиболее благоприятным оказался тимопатический тип ремиссии, а наименее благоприятным — астенический (74 и 65,5 балла по PSP соответственно).

Уровень комплаенса в целом был выше в группе женщин по сравнению с мужчинами (7,4

Таблица 4. Виды антипсихотической терапии при разных типах ремиссии в зависимости от пола

Тип ремиссии	Мужчины		p	Женщины		p
	Антипсихотики I поколения, абс. (%)	Антипсихотики II поколения, абс. (%)		Антипсихотики I поколения, абс. (%)	Антипсихотики II поколения, абс. (%)	
Параноидный	12 (43,0)	4 (14,2)	<0,05	6 (18,1)	4 (11,1)	<0,05
Псевдопсихопатический	—	—	—	3 (9,4)	2 (6,0)	0,081
Тимопатический	—	—	—	4 (12,1)	9 (27,2)	< 0,05
Астенический	—	—	—	1 (3,0)	1 (3,0)	0,574
Апатический	4 (14,3)	8 (28,5)	p <0,05	2 (6,0)	1 (3,0)	p =0,321

Таблица 5. Соотношение между уровнем социального функционирования и типом антипсихотика в зависимости от пола

Тип ремиссии	PSP, баллы		p	PSP, баллы		p
	Мужчины			Женщины		
	Антипсихотики I поколения M±m	Антипсихотики II поколения M±m		Антипсихотики I поколения M±m	Антипсихотики II поколения M±m	
Параноидный	52,1±4,52	60,3±6,70	<0,05	59,2±3,47	67,5±5,64	<0,05
Псевдопсихопатический	—	—	—	63,4±4,87	65,2±2,91	0,321
Тимопатический	—	—	—	68,1±5,31	74,6±7,87	<0,05
Астенический	—	—	—	57,1±3,55	59,3±4,36	0,42
Апатический	64,2±8,36	68,4±2,52	<0,05	60,2±4,62	66,7±2,25	<0,05

и 5,8 балла по DAI соответственно). Выявлены тенденции к более высокому уровню комплаенса у женщин при параноидном и апатическом типах ремиссии. Наиболее благоприятный комплаенс был при тимопатическом типе ремиссии у женщин (7,01 балла). Уровень комплаенса при апатическом типе ремиссии у мужчин выше, чем при параноидном типе (рис. 1).

Пациенты получали поддерживающую терапию инъекционными пролонгированными антипсихотиками I и II поколений; 42,7% мужчин и 51,3% женщин получали инъекционные пролонги II генерации.

Как видно из табл. 4, антипсихотики I поколения достоверно чаще назначали при параноидном типе ремиссии и мужчинам, и женщинам ($p < 0,001$). Антипсихотики II поколения чаще применяли у мужчин с апатическим вариантом ремиссии и женщин с тимопатической ремиссией ($p < 0,001$). У женщин при псевдопсихопатическом, астеническом и апатическом типах ремиссии различий в частоте назначения антипсихотиков разных генераций выявлено не было ($p=0,081$; $p=0,574$ и $p=0,321$ соответственно).

У пациентов мужского и женского пола достоверно более низкий показатель социального функ-

ционирования был ассоциирован с назначением антипсихотиков I генерации при параноидном типе ремиссии, тогда как более высокий показатель соотносился с назначением антипсихотиков II генерации при тимопатическом типе ремиссии у женщин и апатическом типе как у мужчин, так и у женщин (табл. 5).

В целом уровень социального функционирования был выше при назначении антипсихотиков II генерации независимо от пола пациентов с шизофренией.

ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты исследования подтверждают, что для женщин характерны более позднее начало заболевания и меньшая выраженность негативных симптомов по сравнению с мужчинами [1–3]. Выраженность резидуальной продуктивной и, особенно, негативной симптоматики была больше у пациентов мужского пола. У женщин отмечена лучшая преморбидная адаптация, что соответствует существующим в литературе данным [15, 21].

Неблагоприятный в отношении социального функционирования параноидный тип ремиссии

чаще был отмечен у мужчин. Для женщин наиболее благоприятным с точки зрения комплаенса и социального функционирования оказался тимопатический тип ремиссии. В целом женщины отличаются более высоким качеством ремиссии, что коррелирует с результатами других авторов [6, 12, 18].

Данные о более высоком, чем у мужчин, уровне социального функционирования женщин с шизофренией согласуются с имеющимися сведениями [9, 22]. Есть данные о том, что социальное функционирование женщин с продолжительностью заболевания менее 5 лет выше, чем у мужчин, причём частота инвалидизации среди пациентов мужского пола выше [22]. По нашим данным, среди пациентов без инвалидности и больных с 3-й группой инвалидности преобладали женщины, в то время как среди пациентов со 2-й группой инвалидности — мужчины. Ограничение профессиональной деятельности и социальных контактов чаще было у пациентов мужского пола.

У пациентов обоих полов преобладали заметные нарушения, однако среди мужчин они встречались чаще, в то время как у женщин преимущественно возникали небольшие затруднения в отдельных областях функционирования.

Наиболее выраженные различия обнаружены по степени нарушения функционирования в поведенческой сфере. Как показало настоящее исследование, социальное функционирование женщин выше в сферах социально полезной деятельности, включая учёбу и работу, семейных и социальных отношений, самообслуживания. Пациенты мужского пола характеризуются большей частотой заметных нарушений в поведенческой сфере (вербальная агрессия, социально неприемлемое поведение).

Антипсихотики I поколения чаще назначали при параноидном типе ремиссии и мужчинам, и женщинам, в то время как терапия антипсихотиками II поколения ассоциировалась с наиболее благоприятными вариантами ремиссии как у мужчин (апатический тип), так и у женщин (тимопатический тип), что соотносилось с более высоким уровнем социального функционирования. В целом уровень социального функционирования был выше при назначении антипсихотиков II поколения независимо от пола пациентов с шизофренией. Эти результаты согласуются с данными о ресоциализирующих свойствах антипсихотиков новой генерации [23–25].

ВЫВОДЫ

1. Полученные данные свидетельствуют о гендерных различиях ремиссионных состояний у пациентов с шизофренией. Женщинам свойственны более высокие качество ремиссии и показатели социального функционирования в ремиссии.

2. Результаты исследования подчёркивают необходимость разработки индивидуализированных подходов к психосоциальной реабилитации с учётом гендерных факторов и подтверждают гипотезу о лучшем исходе шизофрении в рамках личностно-социального восстановления у женщин.

ДОПОЛНИТЕЛЬНО

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Вклад авторов. *Serazetdinovoy V.S.* подготовлен текст, обработан анализ последних актуальных исследований на представленную тему, проведено клиническое наблюдение и экспериментально-психологическое обследование больных, разработана структурированная карта динамического наблюдения; *Петровой Н.Н.* осуществлены анализ представленного материала и оценка значимости проведённого исследования, отредактирован текст рукописи; *Serazetdinovoy L.G.* разработана структура исследования с организацией рабочего процесса; *Глускиной Л.Я.* выполнены подбор и оценка клиничко-катамнестических данных.

Conflict of interests. The authors declare no conflicts of interests.

Contribution of the authors. *Serazetdinova V.S.* prepared the text, processed the analysis of the latest topical studies on the topic presented, carried out clinical observation and experimental-psychological examination of patients, developed a structured chart of dynamic observation; *Petrova N.N.* analyzed the material presented and evaluated the significance of the study, edited the manuscript; *Serazetdinova L.G.* developed the study structure the organization of the workflow; *Gluskina L.Y.* selected and evaluated the clinical and category.

Выражение признательности

Предоставляется возможность выразить слова благодарности тем, чей вклад в исследование был недостаточен для признания их соавторами, но вместе с тем считается авторами значимым (консультации, техническая помощь, переводы и пр.).

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Bergiannaki J.D., Kostaras P. Pharmacokinetic and pharmacodynamic effects of psychotropic medications: Differences between sexes // *Psychiatriki*. 2016. Vol. 27. N. 2. P. 118–126. DOI: 10.22365/jpsych.2016.272.118.
2. Bucci P., Galderisi S., Mucci A. et al. Premorbid academic and social functioning in patients with schizophrenia and its associations with negative symptoms and cognition // *Acta. Psychiatr. Scand*. 2018. Vol. 38. N. 3. P. 253–266. DOI: 10.1111/acps.12938.
3. Galderisi S., Rossi A., Rocca P. et al. Pathways to functional outcome in subjects with schizophrenia living in the community and their unaffected first-degree relatives // *Schizophr. Res*. 2016. Vol. 175. P. 154–160. DOI: 10.1016/j.schres.2016.04.043.
4. Dorofeikova M., Neznanov N., Petrova N. Cognitive deficit in patients with paranoid schizophrenia: Its clinical and laboratory correlates // *Psychiatry Research*. 2018. Vol. 262. P. 542–548. DOI: 10.1016/j.psychres.2017.09.041.
5. Crawford M., DeLisi L. Issues related to sex differences in antipsychotic treatment // *Curr. Opin. Psychiatry*. 2016. Vol. 29. N. 3. P. 211. DOI: 10.1097/YCO.0000000000000243.
6. Zucker I., Prendergast B.J. Sex differences in pharmacokinetics predict adverse drug reactions in women // *Biol. Sex Differ*. 2020. Vol. 11. N. 1. P. 32. DOI: 10.1186/s13293-020-00308-5.
7. Bobrovnikova A.S. Gender differences in the development of schizophrenia // *Bulletin of New Medical Technologies*. 2015. Vol. 4. P. 34. DOI: 10.12737/16776.
8. Grau N., Rubio-Abadal E., Usall J. et al. Influence of cognition, premorbid adjustment and psychotic symptoms on psycho-social functioning in first-episode // *Psychiatry Res*. 2016. Vol. 242. P. 157–162. DOI: 10.1016/j.psychres.2016.04.121.
9. Riecher-Rossler A., Butler S., Kulkarni J. Sex and gender differences in schizophrenic psychoses—a critical review // *Arch. Womens Ment. Health*. 2018. Vol. 21. P. 627–648. DOI: 10.1007/s00737-018-0847-9.
10. Dama M., Veru F., Schmitz N. et al. Sex differences in clinical and functional outcomes among patients treated in an early intervention service for psychotic disorders: An observational study // *Can. J. Psychiatry*. 2019. Vol. 64. P. 708–717. DOI: 10.1177/0706743719854069.
11. Estancial F., de Azevedo R.C., Goldbaum M. et al. Psychotropic use patterns: Are there differences between men and women? // *PLOS One*. 2018. Vol. 13 N. 11. P. e0207921. DOI: 10.1371/journal.pone.0207921.
12. Carpinello B., Pinna F., Tusconi M. et al. Gender differences in remission and recovery of schizophrenic and schizoaffective patients: Preliminary results of a prospective cohort study // *Schizophr. Res. Treatment*. 2012. Vol. 2012576369. P. 1–8. DOI: 10.1155/2012/576369.
13. Falkenburg J., Tracy D.K. Sex and schizophrenia: A review of gender differences // *Psychosis*. 2014. Vol. 6. P. 61–69. DOI: 10.1080/17522439.2012.733405.
14. Feldman R. What is resilience: An affiliative neuroscience approach // *World Psychiatry*. 2020. Vol. 19. P. 132–150. DOI: 10.1002/wps.20729.
15. Giulia M.G., Paola B., Armida M. et al. Gender differences in clinical and psychosocial features among persons with schizophrenia: A mini review // *Front. Psychiatry*. 2021. Vol. 12. P. 789179. DOI: 10.3389/fpsy.2021.789179.
16. Lange B., Mueller J.K., Leweke F.M., Bumb J.M. How gender affects the pharmacotherapeutic approach to treating psychosis — a systematic review // *Expert Opin. Pharmacother*. 2017. Vol. 18. N. 4. P. 351–362. DOI: 10.1080/14656566.2017.1288722.
17. Nordgaard J., Revsbech R., Henriksen M.G. Self-disorders, neurocognition, and rationality in schizophrenia: A preliminary study // *Psychopathology*. 2015. Vol. 48. P. 310–316. DOI: 10.1080/14656566.2017.1288722.
18. Мосолов С.Н., Потапов А.В., Шафаренко А.А. и др. Разработки и валидизация стандартизированных критериев терапевтической ремиссии при шизофрении // *Современная терапия психических расстройств*. 2011. Т. 3. С. 2–6.
19. Andreasen N.C., Carpenter W.T.Jr., Kane J.M. et al. Remission in schizophrenia: Proposed criteria and rational for consensus // *Am. J. Psychiatry*. 2005. Vol. 162. P. 441–449. DOI: 10.1176/appi.ajp.162.3.441.
20. Ran M.S., Mao W.J., Chan C.L. et al. Gender differences in outcomes in people with schizophrenia in rural China: 14-year follow-up study // *Br. J. Psychiatry*. 2015. Vol. 206. P. 283–288. DOI: 10.1192/bjp.bp.113.139733.
21. Ochoa S., Usall J., Cobo J. et al. Gender differences in schizophrenia and first-episode psychosis: a comprehensive literature review // *Schizophr. Res. Treat*. 2012. Vol. 2012. P. 916198. DOI: 10.1155/2012/916198.
22. Hanlon M.C., Campbell L.E., Single N. et al. Men and women with psychosis and the impact of illness-duration on sex-differences: the second Australian national survey of psychosis // *Psychiatry Res*. 2017. Vol. 256. P. 130–143. DOI: 10.1016/j.psychres.2017.06.024.
23. Белоусов Ю.Б., Зырянов С.К., Белоусов Д.Ю. Мультифакторный клинико-экономический анализ эффективности применения современных атипичных антипсихотиков у больных с шизофренией // *Качественная клиническая практика*. 2011. №1. С. 51–57.
24. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Дороднова А.С., Калашникова И.И. Ресоциализирующий эффект антипсихотиков в комплексной терапии больных с впервые возникшими психотическими состояниями // *Социальная и клиническая психиатрия*. 2011. Т. 21. №1. С. 43–48.
25. Nuss P., Tessier C. Antipsychotic medication, functional outcome and quality of life in schizophrenia: focus on amisulpride // *Curr. Med. Res. Opin*. 2010. Vol. 26. N. 4. P. 787–801. DOI: 10.1185/03007990903576953.

REFERENCES

1. Bergiannaki JD, Kostaras P. Pharmacokinetic and pharmacodynamic effects of psychotropic medications: Differences between sexes. *Psychiatriki*. 2016;27(2):118–126. DOI: 10.22365/jpsych.2016.272.118.
2. Bucci P, Galderisi S, Mucci A et al. Premorbid academic and social functioning in patients with schizophrenia and its associations with negative symptoms and cognition. *Acta Psychiatr Scand*. 2018;38(3):253–266. DOI: 10.1111/acps.12938.
3. Galderisi S, Rossi A, Rocca P et al. Pathways to functional outcome in subjects with schizophrenia living in the community and their unaffected first-degree relatives. *Schizophr Res*. 2016;175:154–160. DOI: 10.1016/j.schres.2016.04.043.
4. Dorofeikova M, Neznanov N, Petrova N. Cognitive deficit in patients with paranoid schizophrenia: Its clinical and laboratory correlates. *Psychiatry Research*. 2018;262:542–548. DOI: 10.1016/j.psychres.2017.09.041.
5. Crawford M, DeLisi L. Issues related to sex differences in antipsychotic treatment. *Curr Opin Psychiatry*. 2016;29(3):211. DOI: 10.1097/YCO.0000000000000243.
6. Zucker I, Prendergast BJ. Sex differences in pharmacokinetics predict adverse drug reactions in women. *Biol Sex Differ*. 2020;11(1):32. DOI: 10.1186/s13293-020-00308-5.
7. Bobrovnikova AS. Gender differences in the development of schizophrenia. *Bulletin of New Medical Technologies*. 2015;4:34. DOI: 10.12737/16776.
8. Grau N, Rubio-Abadal E, Usall J et al. Influence of cognition, premorbid adjustment and psychotic symptoms on psycho-social functioning in first-episode. *Psychiatry Res*. 2016;242:157–162. DOI: 10.1016/j.psychres.2016.04.121.
9. Riecher-Rossler A, Butler S, Kulkarni J. Sex and gender differences in schizophrenic psychoses—a critical review. *Arch Womens Ment Health*. 2018;21:627–648. DOI: 10.1007/s00737-018-0847-9.
10. Dama M, Veru F, Schmitz N et al. Sex differences in clinical and functional outcomes among patients treated in an early intervention service for psychotic disorders: An observational study. *Can J Psychiatry*. 2019;64:708–717. DOI: 10.1177/0706743719854069.
11. Estancial F, de Azevedo RC, Goldbaum M et al. Psychotropic use patterns: Are there differences between men and women? *PLOS One*. 2018;13(11):e0207921. DOI: 10.1371/journal.pone.0207921.
12. Carpiniello B, Pinna F, Tusconi M et al. Gender differences in remission and recovery of schizophrenic and schizoaffective patients: preliminary results of a prospective cohort study. *Schizophr Res Treatment*. 2012;2012576369:1–8. DOI: 10.1155/2012/576369.
13. Falkenburg J, Tracy DK. Sex and schizophrenia: A review of gender differences. *Psychosis*. 2014;6:61–69. DOI: 10.1080/17522439.2012.733405.
14. Feldman R. What is resilience: an affiliative neuroscience approach. *World Psychiatry*. 2020;19:132–150. DOI: 10.1002/wps.20729.
15. Giulia MG, Paola B, Armida M et al. Gender differences in clinical and psychosocial features among persons with schizophrenia: A mini review. *Front Psychiatry*. 2021;12:789179. DOI: 10.3389/fpsy.2021.789179.
16. Lange B, Mueller JK, Leweke FM, Bumb JM. How gender affects the pharmacotherapeutic approach to treating psychosis — a systematic review. *Expert Opin Pharmacother*. 2017;18(4):351–362. DOI: 10.1080/14656566.2017.1288722.
17. Nordgaard J, Revsbech R, Henriksen MG. Self-disorders, neurocognition, and rationality in schizophrenia: A preliminary study. *Psychopathology*. 2015;48:310–316. DOI: 10.1080/14656566.2017.1288722.
18. Mosolov SN, Potapov AV, Shafarenko AA et al. Development and validation of standardized criteria for therapeutic remission in schizophrenia. *Modern Therapy of Mental Disorders*. 2011;3:2–6. (In Russ.)
19. Andreasen NC, Carpenter WT Jr, Kane JM et al. Remission in schizophrenia: proposed criteria and rational for consensus. *Am J Psychiatry*. 2005;162:441–449. DOI: 10.1176/appi.ajp.162.3.441.
20. Ran MS, Mao WJ, Chan CL et al. Gender differences in outcomes in people with schizophrenia in rural China: 14-year follow-up study. *Br J Psychiatry*. 2015;206:283–288. DOI: 10.1192/bjp.bp.113.139733.
21. Ochoa S, Usall J, Cobo J et al. Gender differences in schizophrenia and first-episode psychosis: a comprehensive literature review. *Schizophr Res Treat*. 2012;2012:916198. DOI: 10.1155/2012/916198.
22. Hanlon MC, Campbell LE, Single N et al. Men and women with psychosis and the impact of illness-duration on sex-differences: the second Australian national survey of psychosis. *Psychiatry Res*. 2017;256:130–143. DOI: 10.1016/j.psychres.2017.06.024.
23. Belousov YuB, Zyryanov SK, Belousov DY. Multifactorial clinical and economic analysis of the effectiveness of the use of modern atypical antipsychotics in patients with schizophrenia. *High-Quality Clinical Practice*. 2011;(1):51–57 (In Russ.)
24. Gurovich IYa, Shmukler AB, Dorodnova AS, Kalashnikova II. The resocializing effect of antipsychotics in the complex therapy of patients with newly emerging psychotic conditions. *Social and clinical psychiatry*. 2011;21(1):43–48 (In Russ.)
25. Nuss P, Tessier C. Antipsychotic medication, functional outcome and quality of life in schizophrenia: Focus on amisulpride. *Curr Med Res Opin*. 2010;26(4):787–801. DOI: 10.1185/03007990903576953.

ОБ АВТОРАХ

Серазетдинова Валерия Сергеевна, врач-психиатр, психотерапевт;
ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-3404-0786>;
eLibrary SPIN: 1418-0368;
e-mail: valeria.psy21@gmail.com

Петрова Наталия Николаевна, докт. мед. наук, проф., зав. каф. психиатрии и наркологии;
ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-4096-6208>;
eLibrary SPIN: 3341-2372;
e-mail: petrova_nn@mail.ru

Серазетдинова Лариса Григорьевна, глав. врач;
ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-8417-5048>;
e-mail: larizet5@yandex.ru

Глускина Любовь Яковлевна, зав. дневным стационаром;
ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-1312-1755>;
e-mail: luba_home@mail.ru

AUTHOR'S INFO

Valeria S. Serazetdinova, psychiatrist, psychotherapist;
ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-3404-0786>;
eLibrary SPIN: 1418-0368;
e-mail: valeria.psy21@gmail.com

Natalia N. Petrova, M.D., D. Sci. (Med.), Prof., Head of the Department of Psychiatry and Narcology;
ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-4096-6208>;
eLibrary SPIN: 3341-2372;
e-mail: petrova_nn@mail.ru

Larisa G. Serazetdinova, M.D., Head Doctor;
ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-8417-5048>;
e-mail: larizet5@yandex.ru

Lyubov Ya. Gluskina, M.D., Manager of the Day Hospital;
ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-1312-1755>;
e-mail: luba_home@mail.ru