

**ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ,  
ПРОГНОЗА И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ЖЕНЩИН, БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ  
В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТИПА ПОЛОВОЙ КОНСТИТУЦИИ**

*Григорий Владимирович Орлов, Валерия Валентиновна Евсеева,  
Вероника Николаевна Коновалова*

*Казанский государственный медицинский университет,  
420012, г.Казань, ул. Бутлерова, д. 49, e-mail: Lerae@list.ru*

Реферат. В статье с позиции антропологического подхода рассматривается проблема исследований характеристик динамики и патоморфоза психических расстройств. Выявление лиц с высоким риском развития заболевания и неблагоприятного прогноза на донозологическом уровне является наиболее важным для медицинской антропологии и профилактической медицины, а также важным аспектом комплаентности пациентов и успешного лечения.

Ключевые слова: половая конституция, антропологический подход патоморфоз, шизофрения, комплаентность.

FEATURES OF CLINICAL PSYCHOPATHOLOGICAL  
MANIFESTATIONS, THE FORECAST AND QUALITY  
OF LIFE AT THE WOMEN HAVING SCHIZOPHRENIA  
DEPENDING ON TYPE OF THE SEXUAL CONSTITUTION

Grigory V. Orlov, Valeriya V. Evseeva, Veronika N. Konovalova

Kazan State Medical University,  
Butlerov street, 49, 420012, e-mail: Lerae@list.ru

The review on this topic deals with the problem of anthropological approaches to the research of the characteristics of the progress and pathomorphism of mental disorders. Identification of persons with a high risk of disease developing and adverse prognosis at the prenosological level are the most important in medical anthropology and preventive medicine. This is an important aspect of compliance and successful treatment.

Key words: sexual constitution, anthropological approach, pathomorphism, schizophrenia, compliance.

Еще с античных времен делались попытки связать особенности строения человеческого тела с особенностями характера. Знаменитая классификация Гиппократов [1], выделявшая четыре основных типа темперамента человека – холерический, сангвинический, флегматический и меланхолический, – была, по существу, холистической типологией, так как связывала особенности человеческого характера с функционированием желчи (субстрата биологического). Последующие попытки связать биологические и конституциональные феномены людей с их психическими особенностями предпринимались в XIX веке Чезаре Ломброзо [6]. А уже в начале 20-х годов XX века Эрнст Кречмер, изучая взаимосвязь между строением тела и характером, выделил следующие консти-

туциональные типы: астеник, средний тип – атлетик и полярный астенику тип – пикник. В выделении этих типов были сделаны несколько попыток, в том числе и самим Кречмером, связать типологию конституции с определенными чертами характера и преобладающей психической патологией. Это привело к трансформации названий этих конституционных типов, астеник был назван шизоидом, а пикник – циклоидом, так как обнаруживалась взаимосвязь между частотой заболевания астеников шизофренией, а пикников маниакально-депрессивным психозом [7]. По Кречмеру, «под конституцией мы понимаем сумму всех индивидуальных свойств, которые покоятся на наследственности, то есть, заложены генотипически» [5]. Были попытки связать конституциональные особенности с типологиями другого ряда, уже не связанного с биологическими аспектами человеческого тела, к примеру, попытка совмещения двух типологий – типологии Э. Кречмера и типологии К. Юнга (интраверт, экстраверт и амбиверт). Э. Кречмер в своих работах, устанавливая связи между строением тела и характером, находил взаимоотношения между психическими свойствами, особенностями человека. По мнению Э. Кречмера: «недостаток функции щитовидной железы вызывает одновременно сглаживание темперамента («притупление»), отставание в росте, сказываясь одновременно и на интеллектуальном развитии человека». Наличие нарушений функционирования половых желез влияет на формирование половой конституции, у пациентов с психическим расстройством (шизофренией) было описано уже в эпоху Э. Крепелина [4]. Связь особенностей психики с развитием тела, с его пропорциональностью (учение о дизонтогенезе) была изучена В.В. Ковалевым [2]. Дальнейшее развитие теории связи конституции тела с особенностями темперамента и характера относилось к 1954 году и было связано с именем William H. Sheldon [11], в трудах которого названия выделенных конституциональных типов соответствовали преобладанию тех или иных эмбриональных структур: мезоморф, эндоморф и экзоморф. Дальнейшие серьезные исследования взаимодействия

патологии человека со строением тела описываются в ряде работ А.Н. Корнетова, В.П. Самохвалова, А.А. Коробкова, выявившие взаимосвязь между прогрессивностью течения психических расстройств и астено-нормостеническим конституциональным типом в противоположность менее прогрессивному приступообразному и рекуррентному течению при пикническом конституциональном типе» [3]. О связях характера именно с эндокринной системой в последние годы свидетельствуют исследования Н.О. Норрен. Одним из основных направлений стал «индекс андрогенности». Н.О. Норрен полагал, что эндокринная недостаточность некоторых конституциональных типов приводит к стресс-интолерантности, а в дальнейшем к развитию психосоматических заболеваний» [9]. Исходя из вышесказанного, можно предположить, что использование возможностей клинической антропометрии и выделение на ее основе признаков, которые имеют диагностическую ценность – это подход к изучению различных заболеваний. Современная наука в поиске материального субстрата душевных страданий пытается изучать, классифицировать различные материальные особенности организмов душевнобольных, в частности, это исследование томограмм головного мозга, исследование возможных нейрохимических основ возникновения психических нарушений.

В связи с вышеперечисленным нами была принята попытка проанализировать связь между половой конституцией и шизофренией у женщин. В литературе имеются данные о взаимосвязи частоты и особенностей клиники шизофрении и пола человека. А так как одной из основных конституциональных характеристик женщин является половая конституция, она (половая конституция) была взята нами за определяющий параметр распределения женщин, больных шизофренией на группы: с сильной, средней и слабой половой конституцией.

Целью настоящей работы стало выявление зависимости особенностей клинико-психопатологических проявлений, течения, прогноза и качества жизни у женщин, больных шизофренией от типа половой конституции. Были проведены следующие исследования:

1) изучение половой конституции и соматотипа у каждой пациентки с шизофренией посредством оценки показателей вектора половой конституции и индексов определения соматотипа;

2) проведение анализа взаимоотношения типа половой конституции с динамикой развития психического заболевания и частотой госпитализации больных и зависимости исходов проводимой терапии от типа половой конституции.

*Материал и методы исследования.* В процессе исследования была изучена половая конституция, клиническая картина и типы течения психических

расстройств 52 женщин, больных шизофренией и проходивших стационарное лечение в РКПБ МЗ РТ им. В.М. Бехтерева (Казань). В исследование включались лица женского пола 18–65 лет с длительностью заболевания не менее одного года. В качестве основных методов исследования использовались клинико-психопатологический, экспериментально-психологический, клинико-катамнестический, антропометрический и статистический.

Проводилась интегральная оценка половой конституции по И.Л. Ботневой (1983), с дополнительным измерением индекса по Мануври, определением типа телосложения по В.Н. Шевкуненко и А.М. Геселевичу, индекса пропорциональности Эрисмана, индекса Декура–Думик, индекса Пинье и индекса REESEYSENCK [10]. Определение типа телосложения проводилось по В.Н. Шевкуненко и А.М. Геселевичу. Индекс телосложения определялся как отношение длины туловища к длине тела, умноженное на 100; индекс ширины грудной клетки – как отношение фронтального размера грудной клетки к сагиттальному, умноженному на 100. К долихоморфному типу телосложения были отнесены женщины с индексом телосложения < 30 и индексом ширины грудной клетки < 135; индекс телосложения у женщин с мезоморфным типом телосложения составлял > 29,5 и < 31,0 и индекс ширины грудной клетки > 135 и < 145; к брахиморфному типу были отнесены женщины с индексом телосложения > 32,5 и индексом ширины грудной клетки > 145 [8]. Для интегральной оценки половой конституции была использована шкала векторного определения половой конституции, опробованная и разработанная И.Л. Ботневой. Путем вычисления индексов была получена средняя арифметическая, которая и характеризовала половую конституцию обследуемого следующим образом: 1 (1–1,5) – чрезвычайно слабая; 2 (1,6–2,5) – очень слабая; 3 (2,6–3,5) – слабая; 4 (3,6–4,5) – несколько ослабленный вариант средней; 5 (4,6–5,5) – средняя; 6 (5,6–6,5) – сильный вариант средней; 7 (6,6–7,5) – сильная; 8 (7,6–8,5) – очень сильная; 9 (8,6–9) – чрезвычайно сильная. Статистическая обработка результатов была выполнена с использованием среднего значения исследуемых величин ( $M$ ), средней ошибки ( $m$ ) для каждого показателя. Оценка достоверности различий между данными была выполнена с помощью  $r$ -критерия.

Нами были проанализированы векторы, определявшие половую конституцию женщин и получены следующие результаты. Женщины астенического соматотипа имели ослабленный вариант средней половой конституции (индекс равен 4,6), женщины нормостенического соматотипа – среднюю половую конституцию (индекс равен 6,2), а женщины пикнического соматотипа – слабую (индекс равен 2,8). Наиболее многочисленной (76%) оказалась группа пациенток со

слабой половой конституцией, 19% составила группа со средней и 5% группа сильной половой конституцией. В группе лиц со слабой половой конституцией менструальная функция женщин характеризовалась следующими параметрами: средний возраст наступления менархе составил  $16,5 \pm 2,0$  года. Среди нарушений менструальной функции были выявлены длительные нарушения цикла без видимых внешних воздействий (10%), нарушения только при неблагоприятных воздействиях были выявлены у 17% пациенток. Детородная функция, определялась нами сроком наступления беременности после начала половой жизни, который в среднем составил  $3,2 \pm 2,8$  года. Характер течения беременности у этих женщин проявлялся угрозой прерывания беременности (15%), патологическим течением беременности (10%), токсикозами беременности (7%). Трохантерный индекс в данной группе составил  $1,89 \pm 0,04$ . Характер оволосения A1P1, по шкале Ferriman–Gallwey  $6,3 \pm 0,2$  балла. Пробуждение либидо в среднем в  $14,7 \pm 0,5$  года.

В группе лиц с сильной половой конституцией менструальная функция женщин характеризовалась следующими параметрами: средний возраст наступления менархе составил  $10 \pm 1,5$  года. Нарушений менструальной функции у женщин, вошедших в данную группу выявлено не было. Детородная функция, характеризующаяся сроком наступления беременности после начала половой жизни, составила  $2,5 \pm 0,5$  мес., у 70% женщин беременность наступила ориентировочно в течение 1–2 месяцев после начала половой жизни. Характерно нормальное течение беременности (90%), у 10% имели место быть легко протекающие токсикозы. Трохантерный индекс в данной группе составил  $2,03 \pm 0,05$ . Характер оволосения: у 2,5% выявлялась тенденция к мужскому типу оволосения, у остальных женщин отмечено оволосение по мужскому типу, по шкале Ferriman–Gallwey  $12 \pm 3$  балла. Пробуждение либидо в среднем в  $8 \pm 2,5$  года.

В структуре группы со слабой половой конституцией было выявлено: наибольшая частота госпитализаций в среднем за один год ( $1,36 \pm 0,5$  случая в год), более раннее начало половой жизни (в среднем составляющее 18,5 лет), наибольшая частота совпадения обострения заболевания с менструальным циклом в 72% случаев, а также выраженная связь в виде дебюта заболевания либо обострения имеющихся психических заболеваний с беременностью, родами (в 15% случаев). При сравнении групп женщин с сильной половой конституцией и со слабой половой конституцией по количеству госпитализаций в год, значительно преобладает группа женщин со слабой половой конституцией ( $p < 0,05$ ). Группа женщин со средней половой конституцией по частоте госпитализаций статистически практически не отличалась от группы женщин с сильной половой конституцией ( $p = 0,15$ ), но

значительно отличалась от группы женщин со слабой половой конституцией. Как правило, у лиц со слабой половой конституцией нестабильный гормональный фон увеличивает частоту обострений, и как было нами подмечено, это способствует постепенному переходу эпизодического типа течения с неполной ремиссией в непрерывный тип течения шизофрении.

В группе с сильной половой конституцией было выявлено превалирование наследственной предрасположенности по данному психическому заболеванию (25% больных), по другому психическому заболеванию (50%) от общего числа больных. 64% пациенток в структуре больных с сильной половой конституцией отмечало, что в реализации половой жизни возникали проблемы в результате проводимой медикаментозной терапии, что приводило к отсутствию приверженности в лечении этих больных.

Частота повторных госпитализаций: группа женщин со средней половой конституцией по частоте повторных госпитализаций статистически практически не отличалась от группы женщин с сильной половой конституцией ( $p = 0,15$ ), но значительно отличалась от группы женщин со слабой половой конституцией.

Средняя длительность пребывания в стационаре в группе со слабой половой конституцией оказалась статистически достоверно ( $p < 0,05$ ) выше, чем в группе с сильной половой конституцией и составила  $169,2 \pm 10,5$  дня и  $93,5 \pm 5,2$  дня соответственно.

Преобладающим типом течения среди лиц с сильной половой конституцией стал эпизодический со стабильной клинической ремиссией (65%), непрерывный тип течения в большинстве случаев (75%) наблюдался у лиц со слабой половой конституцией.

Ведущими синдромами в группе лиц со слабой половой конституцией являлся галлюцинаторно-бредовый (43%), апато-абулический (58%). Тревожно-депрессивный синдром выявлялся, преимущественно, у лиц с сильной и средней половой конституцией (73%). Проводившееся лечение препаратами с выраженным седативным компонентом заметно снижало либидо, что приводило к значительному урежению половых контактов, кроме того нередко встречались проявления нейролептического синдрома, которые затрудняли проявления сексуальной активности и нередко вызывали стеснение перед партнером. Таким образом, женщины с «изначально высоким» либидо и сексуальным потенциалом вынуждены были умышленно подавлять сексуальную активность и ограничивать себя в сексуальных проявлениях, что, в конечном итоге, приводило к снижению комплаентности, самостоятельному снижению дозы и изменению схем принимаемых препаратов, что не могло не сказаться на эффективности лечения, а также зачастую приводило к необоснованному сокращению амбулаторного периода и увеличению частоты госпитализации.

*Выводы:* 1) среди больных шизофренией преобладающей оказалась группа женщин со слабой половой конституцией, нестабильный гормональный фон которых способствует увеличению частоты обострений и постепенному переходу эпизодического типа течения к непрерывному. Немаловажное значение имела наибольшая в этой группе частота совпадения обострения заболевания с менструальным циклом, а также беременностью и родами; 2) снижение сексуальной активности у женщин с сильной половой конституцией приводит к снижению комплаентности и отказу от психофармакотерапии и, соответственно, к обострению заболевания.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Гиппократ. О древней медицине. Пер. с греч. В.И. Руднева. Гиппократ. Избранные книги. М., 1936. С. 143–170.
2. Ковалёв В.В. Психиатрия детского возраста. М.: Медицина, 1995. 560 с.
3. Корнетов А.Н., Самохвалов В.П., Коробов А.А., Корнетов Н.А. Этология в психиатрии. Киев: Здоровье, 1990. С. 111–132.
4. Крепелин Э. Введение в психиатрическую клинику. Пер. с 3-го нем. издания под ред. П.Б. Ганнушкина. М.: Наркомздрав, 1923. 118 с.
5. Кречмер Э. Строение тела и характер. 7-8-е нем. изд-е., испр. и расш. Г.Я. Тартаковского. М.: НО Научный фонд «Первая исследовательская Лаборатория им. академика В.А. Мельникова», 2000. 208 с.
6. Чезаре Ломброзо. Гениальность и помешательство [Электронный ресурс]. / Минск-2000, ООО «Попурри». ISBN 985-438-163-3 URL: <http://lib.ru/DPEOPLE/LOMBROZO/genialn.txt> (дата обращения: 20.09.2017).
7. Соложенкин В.В. Психологические основы врачебной деятельности: Учебник для студентов высших учебных заведений. М., 1997. С.201–210.
8. Шевкуненко В.Н. Типовая анатомия человека. Л.: Биомедгиз, 1935. С. 232.
9. Hoppen H.O. Ceevixerzaiterung und Lutealfinktion nach intracerebraler Injection eines synthetischen Prostaglandin F2-Derivats beim Rind // *Zeuchthygiene* 1976. №. 2. P. 68.
10. Rees W.L., Eysenck H.A. Factorial study of some morphological and psychological aspects of human constitution // *J. mental science*. 1945. Vol. 91, № 386. P. 8–21.
11. Sheldon William H. The Atlas of Men (a guide and handbook and somatotyping). /Gramercy Publishing Company, 1954. P. 126.

#### REFERENCES

1. Gippokrat. *O drevnei meditsine*. Per. s grech. V.I. Rudneva. Gippokrat. Izbrannye knigi. Moscow, 1936. pp. 143–170. (in Russian)
2. Kovalev V.V. *Psikhiatriya detskogo vozrasta*. Moscow: Meditsina, 1995. 560 p. (in Russian)
3. Kornetov A.N., Samokhvalov V.P., Korobov A.A., Kornetov N.A. *Etologiya v psikhiatrii*. Kiev: Zdorov'e, 1990. pp. 111–132. (in Russian)
4. Krepelin E. *Vvedenie v psikhiatricheskuyu kliniku*. Per. s 3-go nem. izdaniya pod red. P.B. Gannushkina. Moscow: Narkomzdrav, 1923. 118 p. (in Russian)
5. Krechmer E. *Stroenie tela i kharakter*. 7-8-e nem. izd-e., ispr. i rassh. G.Ya. Tartakovskogo. Moscow: NO Nauchnyi fond «Pervaya issledovatel'skaya Laboratoriya im. akademika V.A. Mel'nikova», 2000. 208 p. (in Russian)
6. Chzare Lombrozo. *Genial'nost' i pomeshatel'stvo* [Elektronnyi resurs]. / Minsk-2000, OOO «Popurri». ISBN 985-438-163-3 URL: <http://lib.ru/DPEOPLE/LOMBROZO/genialn.txt> (data obrashcheniya: 20.09.2017). (in Russian)
7. Solozhenkin V.V. *Psikhologicheskie osnovy vrachebnoi deyatel'nosti: Uchebnik dlya studentov vysshikh uchebnykh zavedenii*. Moscow, 1997. pp. 201–210. (in Russian)
8. Shevkunenko V.N. *Tipovaya anatomiya cheloveka*. Leningrad: Biomedgiz, 1935. pp. 232. (in Russian)

Поступила 07.09.18.