

Różnice w czynnikach rokowniczych między mężczyznami i kobietami hospitalizowanymi po raz pierwszy z rozpoznaniem schizofrenii

Gender related prognostic factors in the first admission of DSM-III schizophrenic patients

Aneta Kalisz, Andrzej Cechnicki

Z Kliniki Psychiatrii Dorosłych CM UJ
Kierownik: dr hab. med. A. Zięba

Praca przedstawia różnice w czynnikach rokowniczych między kobietami i mężczyznami chorującymi na schizofrenię. Oceny dokonano w czasie pierwszej hospitalizacji psychiatrycznej.

This paper presents the gender related prognostic factors in the first admission of DSM-III schizophrenic patients. Evaluation was made during the first admission.

czynniki rokownicze
płeć
schizofrenia

prognostic factors
gender
schizophrenia

Wstęp

Znaczna różnorodność obrazu schizofrenii skłania do poszukiwania czynników mogących tę różnorodność współkształtować. Takim czynnikiem, o uznanym, ale wciąż dyskutowanym znaczeniu, jest płeć. Levin [1] w swoim przeglądzie literatury, poświęconym różnicom między kobietami i mężczyznami chorującymi na schizofrenię, podkreśla, że mężczyźni cechuje gorsze przedchorobowe funkcjonowanie społeczne, wcześniejszy wiek pierwszej hospitalizacji, większe nasilenie objawów negatywnych, cięższy przebieg choroby. W 1990 roku, w artykule otwierającym numer „Schizophrenia Bulletin”, poświęcony temu tematowi, Goldstein i Tsuang [2], podsumowując dotychczasowe wyniki badań, wymieniali wśród podstawowych różnic wcześniejszy wiek zachorowania i pierwszej hospitalizacji, gorsze przedchorobowe funkcjonowanie, większe nasilenie objawów negatywnych, gorszy przebieg choroby, gorszą odpowiedź na leczenie neuroleptykami, rzadsze występowanie postaci rodzinnej choroby i większą liczbę strukturalnych i funkcjonalnych mikroanomalií mózgu u mężczyzn chorych na schizofrenię.

„Wcześniejszy początek” schizofrenii u mężczyzn jest najczęściej podkreślaną różnicą, widoczną już w opisie *dementia precox*, dokonany przez Krepelina, i niezależną od wpływów kulturowych. Angemayer i wsp. [3], przeglądając literaturę, znaleźli ponad 50 badań, które różnicę tę potwierdzały. Określenie „początek choroby” jest jednak określeniem nieprecyzyjnym. Häfner i wsp. [4] w swym artykule porównywali wiek kobiet i mężczyzn w różnych punktach czasowych określanych jako początek schizofrenii. Bez względu na to, czy były to „pierwsze niespecyficzne objawy”, „pierwsze objawy negatywne”, „pierwsze objawy pozytywne”, „maksymalne nasilenie objawów pozytywnych” czy też „pierwsza hospitalizacja”, różnica była istotna statystycznie – kobiety niezmiennie były starsze. Ci sami autorzy [za: 5], powołując się na wspomnianą już transkulturową niezmienną tego wyniku, podobnie jak Seeman i Lang [6] czy Loranger [7], opowiadają się za przyjęciem biologicznej hipotezy, tłumaczącej tę różnicę. Ich zdaniem zależy ona od protekcyjnej roli spełnianej przez estrogeny, które zmniejszają wrażliwość receptorów D2. Hipotezę tę wspiera również fakt [4], iż u kobiet ryzyko zachorowania na schizofrenię ponownie wzrasta po 45 r. ż. Istnieje również pogląd [8], że w schizofrenii występującej rodzinnie brak jest różnic w wieku zachorowania między kobietami i mężczyznami. Do często przytaczanych w literaturze różnic należy lepsze przedchorobowe funkcjonowanie kobiet [3, 9, 2]. Kobiety w chwili zachorowania mają lepsze kontakty społeczne, wyższe wykształcenie, częściej stałą pracę, w większości opuściły już dom rodzinny, zawarły związek małżeński lub mają stałego partnera. Podkreślany jest potencjalny związek, jaki może istnieć między tymi różnicami a wiekiem zachorowania, późniejszy u kobiet stanowi bowiem większą szansę na podjęcie nowych ról społecznych.

W zakresie psychopatologii autorzy dostrzegają większe nasilenie objawów negatywnych wśród mężczyzn, afektywnych zaś wśród kobiet [10, 11, 1]. Część badaczy [12] przypisuje te różnice nieprecyzyjnej diagnozie bądź efektom ubocznym wyższych dawek neuroleptyków stosowanych u mężczyzn. Wśród innych przytaczanych w literaturze różnic należy wymienić: częstsze występowanie u mężczyzn schizoidalnych zaburzeń osobowości [13, 14] i mikroanomalię mózgu [2, 15] oraz gorszą współpracę w leczeniu [14].

Krakowskie prospektywne, longitudinalne badania nad przebiegiem schizofrenii postawiły szereg szczegółowych celów badawczych, w tym ocenę znaczenia płci dla rokowania i wyników leczenia. W poprzednich publikacjach [5, 16] przedstawiono szczegółowe cele badań, badaną grupę, narzędzia i metodę. Prezentowana praca omawia je jedynie w kontekście postawionych w niej pytań badawczych. Początek badań miał miejsce w latach 1986–1987, stąd użyte w badaniu kryteria diagnostyczne pochodzą z klasyfikacji DSM–III.

Cel badania

Celem niniejszej pracy jest ocena różnic w czynnikach rokowniczych między mężczyznami i kobietami w chwili pierwszego zachorowania na schizofrenię, rozpoznaną wg kryteriów DSM–III.

Badana grupa

Oceniono grupę 80 pacjentów, w chwili włączenia do programu. Kryteria włączające obejmowały: pierwszą hospitalizację, rozpoznanie schizofrenii na podstawie DSM–III, zamieszkanie na terenie Krakowa. Kobiety stanowiły 58%, mężczyźni 42% badanej grupy.

Narzędzia

Wszystkie informacje o grupie zebrano w karcie predyktorów niezależnych, będącej modyfikacją karty Carpentera-Strausa. W ocenie objawów psychopatologicznych wykorzystano Brief Psychiatric Rating Scale Overalla i Gorhama w modyfikacji Los Angeles (BPRS-LA).

Funkcjonowanie społeczne oceniano na podstawie Skali Aktywności Społecznej wg Słupczyńskiej, która obejmuje osiem obszarów – pracę zarobkową, pracę w gospodarstwie rolnym, naukę, pracę w domu, samodzielność, udział w życiu rodzinnym, rolę rodzicielską i kontakty społeczne – oraz kryteriów DSM–III, wymiar V, dotyczących obszaru pracy, kontaktów społecznych i organizacji czasu wolnego.

Metoda

Celem statystycznej oceny wyników użyto: testu t, testu Manna - Withneya, testu median, testu Chi².

Wyniki badania

Poniżej przedstawione zostaną różnice między kobietami i mężczyznami w wybranych czynnikach rokowniczych, ze szczególnym uwzględnieniem różnic istotnych statystycznie i wyraźnych trendów. Wśród czynników rokowniczych wyodrębniono osiem obszarów, które ukazuje poniższe zestawienie [5]:

1. Predyktory demograficzne: płeć, stan cywilny, wykształcenie, wiek w chwili pierwszej hospitalizacji.
2. Osobowość przedchorobowa: osobowość przedchorobowa wg kryteriów DSM–III.
3. Predyktory rodzinne: występowanie zaburzeń z kręgu schizofrenii wśród krewnych pacjentów, wskaźnik UU (ujawnianych uczuć).
4. Predyktory społeczne: kontakty społeczne poza rodziną, praca i nauka, przystosowanie seksualne, funkcjonowanie społeczne wg DSM–III, wymiar V, funkcjonowanie społeczne wg SAS, wskaźnik więzi społecznej wg Surtees'a.
5. Predyktory przedchorobowe – „ważne wydarzenia życiowe”: czynnik spustowy wg DSM–III.
6. Predyktory związane z „pierwszym epizodem”: wiek pacjenta w momencie zachorowania, czas między zachorowaniem a pierwszą hospitalizacją, pierwszy epizod choroby, początek choroby (ostry lub przewlekły).

7. Predyktory związane z pierwszą hospitalizacją: typ schizofrenii wg DSM-III, czas pierwszej hospitalizacji, objawy o obrazie hebefrenicznym przy przyjęciu, objawy katatoniczne przy przyjęciu, objawy formalnych zaburzeń myślenia przy przyjęciu, objawy afektywne przy przyjęciu, nasilenie objawów psychopatologicznych przy przyjęciu wg BPRS, objawy negatywne przy wypisaniu po zakończeniu pierwszej hospitalizacji wg BPRS, nasilenie objawów psychopatologicznych przy wypisaniu po zakończeniu pierwszej hospitalizacji wg BPRS.
8. Predyktory biologiczne: powiększenie przestrzeni płynowych w ośrodkowym układzie nerwowym – ocena za pomocą tomografii komputerowej.

Predyktory demograficzne

Wśród zebranych danych demograficznych brak jest istotnych statystycznie różnic między kobietami i mężczyznami, kobiety jednak konsekwentnie przeważają zarówno pod względem liczby małżeństw, poziomu wykształcenia, jak i liczby osób, które wyprowadziły się z domu rodzinnego. Uzyskane wyniki przedstawia tabela 1.

Predyktory rodzinne i osobowość przedchorobowa Tabela 1
Różnice między kobietami i mężczyznami w predyktorach demograficznych

Predyktory demograficzne		Kobiety n=46	Mężczyźni n=34	P*
Stan cywilny	Zamężna/zonał	41%(19)**	24%(8)	n.s.
	Rozwiedzeni	0%	0%	
	Stanu wolnego	59%(27)	76%(26)	
Wykształcenie	Wysze	35%(15)	24%(8)	n.s.
	Ośrednie	52%(24)	41%(14)	
	Podstawowe i zawodowe	15%(7)	35%(12)	
Uspółmieszczenie	Rodzina prokreacyjna	37%(17)	12%(4)	n.s.
	Prokreacyjna i generacyjna	2%(1)	9%(3)	
	Przez rodzinę	7%(3)	9%(3)	
	Rodzina generacyjna	54%(25)	70%(23)	

* w ocenie różnic międzygrupowych wykorzystano test Manna-Whitneya

** w nawiasach podano liczbę osób

Istotną statystycznie różnicę stwierdziliśmy w częstości schizoidalnych i schizotypicznych zaburzeń osobowości – niemal dwukrotnie częściej występują one u mężczyzn. Różnica w występowaniu psychoz z kręgu schizofrenii wśród krewnych pacjentów nie jest istotna statystycznie, choć wyraźna – cierpią na nie dwukrotnie częściej mężczyźni. Zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn, oceniając wskaźnik UU, nie stwierdzono naduwikłania i/lub wrogości w przypadku jednej trzeciej rodzin. Złożone badanie wskaźnika UU przeprowadzone przez M. Roztworowską [17] zostało szerzej opisane we wcześniejszych publikacjach.

Uzyskane wyniki zebrano w tabeli 2.

Predyktory społeczne

Tabela 2

Różnice między kobietami i mężczyznami w predyktorach rodzinnych i osobowości przedchorobowej

Predyktory rodzinne, osobowość przedchorobowa		Kobiety n=46	Mężczyźni n=34	P*
Dzień dzienne	Występuje	26% (12)	56% (19)	n.s.
	Nie występuje	74% (34)	44% (15)	
Wskaźnik ujawnionych uzależnień**	Brak nadużywania alkoholu	33% (14)	34% (10)	n.s.
	Nadużywanie	24% (10)	17% (5)	
	Urogośce	33% (14)	27% (6)	
	Nadużywanie i urogośce	10% (4)	28% (8)	
Osobowość przedchorobowa	Osobowość przedchorobowa	63% (29)	36% (12)	p=0,02
	Osobowość schizoidalna i schizotypiczna	20% (9)	40% (13)	
	Inne zaburzenia osobowości	17% (8)	24% (8)	

* w porównaniach międzygrupowych wykorzystano test Chi² i test Manna-Whitneya

** dane zebrano dla 42 kobiet i 29 mężczyzn

W ocenie przedchorobowego funkcjonowania społecznego wykorzystaliśmy sześć wskaźników: trzech skal o większym stopniu złożoności i klinicznej oceny trzech istotnych dla funkcjonowania społecznego obszarów.

Porównując przedchorobowe predyktory społeczne zauważyliśmy dwie istotne statystycznie różnice dotyczące funkcjonowania społecznego, ocenianego klinicznie na podstawie DSM-III, wymiar V, i kontaktów społecznych. Oba wyniki zostały przedstawione graficznie na wykresach 1 i 2.

Nie znaleźliśmy natomiast istotnych statystycznie różnic w funkcjonowaniu społecznym kobiet i mężczyzn, ocenianym za pomocą Skali Aktywności Społecznej. Podobnie we „wskaźniku społecznego podtrzymania” wg Surtees’a, oceniającym jakość kontaktów społecznych w siedmiu obszarach (ocena globalna od 0 do 15 pkt., wzrastające wartości odpowiadają pogłębiającej się patologii), i ocenie klinicznej pracy lub nauki nie stwierdziliśmy istotnych różnic (tab. 3).

W badanej grupie nie było pacjentów osiągających najwyższy poziom funkcjonowania społecznego. Najwyraźniejsza różnica między kobietami i mężczyznami dotyczyła bardzo dobrego funkcjonowania społecznego, kobiety przeważały tu czterokrotnie. Liczba kobiet, u których funkcjonowanie społeczne oceniono jako słabe lub bardzo słabe, była o połowę mniejsza od liczby tak ocenianych mężczyzn.

Zwraca uwagę dwukrotnie większy procent mężczyzn nie mających kontaktów społecznych i trzykrotnie większy – oceniających je jako niesatysfakcjonujące. Odwrotny trend, dwukrotnej przewagi kobiet, zaobserwowaliśmy wśród pacjentów mających satysfakcjonujące kontakty społeczne.

Predyktory związane z „pierwszym epizodem”

Tabela 3

Różnice między kobietami i mężczyznami w przedchorobowych predyktorach społecznych

Predyktory społeczne		Kobiety n=46	Mężczyźni n=33	p*
Poziom funkcjonowania społecznego wg DSM-IV, wymiar V		Wykres 1**	Wykres 1	**p=0,002
Wskaźnik społecznego podtrzymania wg Surbera		O średnio 6,3 pkt (s.d. - 3,5)***	O średnio 7,7 pkt (s.d. - 2,5)	n.s.
Poziom funkcjonowania społecznego mierzony za pomocą Skali Aktywności Społecznej		O średnio 59 pkt (s.d. - 18,2)	O średnio 56,5 pkt (s.d. - 16,5)	n.s.
Pracahula, ocena kliniczna	Pracuje w pełnym wymiarze	89%(41)	79%(26)	n.s.
	Pracuje w niepełnym wymiarze	4%(2)	9%(3)	
	Ne pracuje	7%(3)	12%(4)	
Kontakty społeczne przed pierwszą hospitalizacją (zakres i za profilacją)		Wykres 2****	Wykres 2	**p=0,006
Przedchorobowe przystosowanie seksualne	Brak	41%(19)	58%(19)	n.s.
	Brak twardego związku	18%(8)	18%(6)	
	Trwały związek	41%(19)	24%(8)	

* różnice międzygrupowe oceniono za pomocą testu t i testu Manna-Whitneya

** dane dotyczące poziomu funkcjonowania społecznego wg DSM, wymiar V, szczegółowo przedstawiono na wykresie 1

*** w nawiasach podano wartości odchylenia standardowego

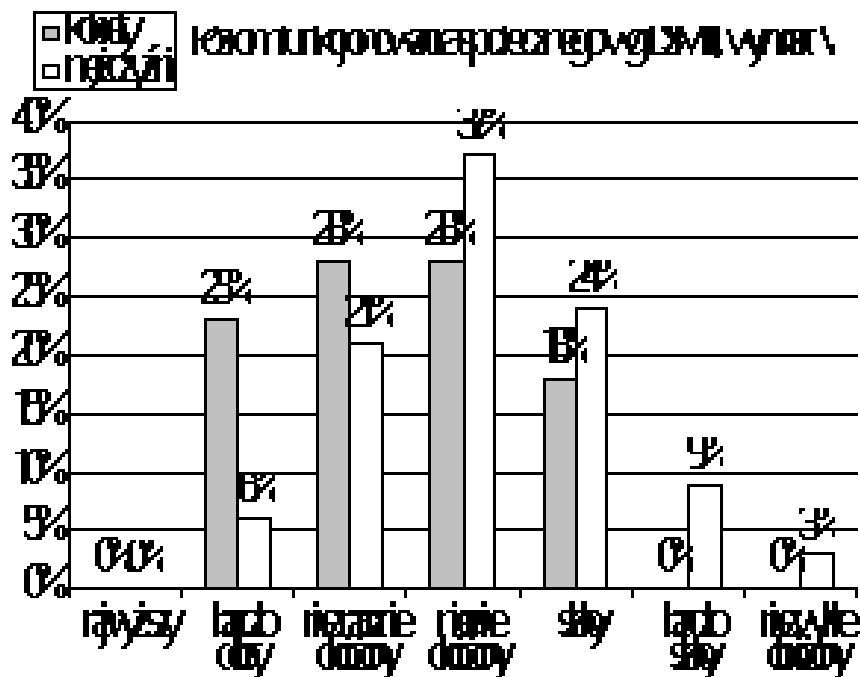
**** opis kontaktów społecznych przed pierwszą hospitalizacją pokazuje wykres 2

W tej grupie predyktorów stwierdziliśmy jedną istotną statystycznie różnicę dotyczącą późniejszego pojawienia się pierwszych objawów choroby u kobiet. Wiek w chwili pierwszej hospitalizacji, czas między zachorowaniem i hospitalizacją, charakter początku choroby nie różnicowały obu grup. Zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn dla ponad 80% pacjentów pierwsza hospitalizacja wiązała się z pierwszym epizodem choroby.

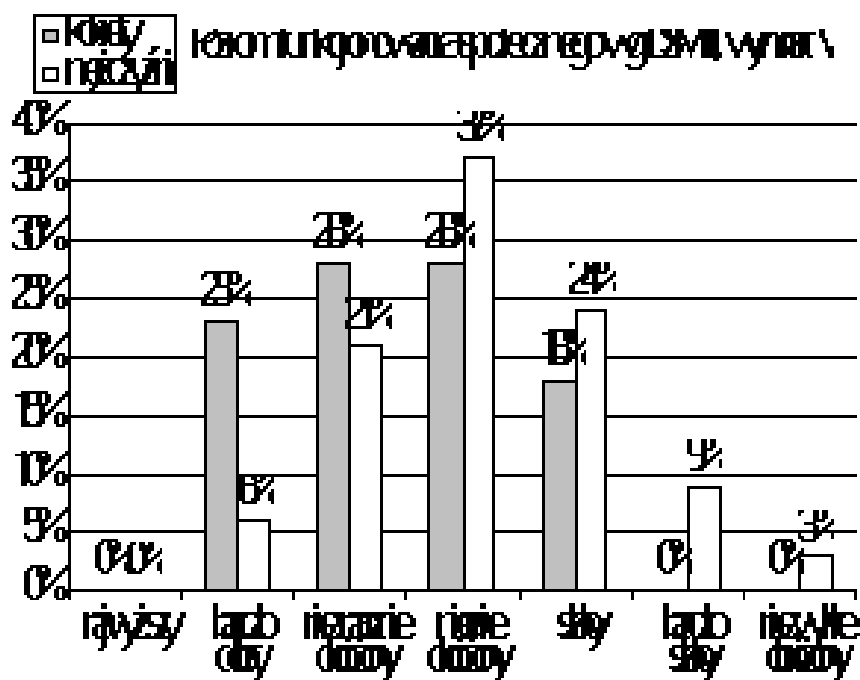
Uzyskane wyniki przedstawia tabela 4.

W zestawionych wynikach zwraca uwagę brak istotności statystycznej, pomimo wyraźnej 14-tygodniowej różnicy między kobietami i mężczyznami w czasie dzielącym moment zachorowania od hospitalizacji, wpłynęła jednak na to obecność w grupie jednego mężczyzny, dla którego czas ten wynosił aż 500 tygodni (rozpiętość wyników u pozostałych członków grupy wahała się od 1 do 344 tygodni). Po jego wykluczeniu z oceny wspomniana różnica zmalała do 2 tygodni.

Predyktory związane z pierwszą hospitalizacją



Wykres 1 Porównanie kobiet i mężczyzn pod względem funkcjonowania społecznego, ocenianego klinicznie wg DSM-III, wymiar V



Wykres 2 Porównanie kobiet i mężczyzn pod względem kontaktów społecznych

Różnice między kobietami i mężczyznami w predyktorach związanych z pierwszym epizodem

Predyktory związane z pierwszym epizodem choroby		Kobiety n=46	Mężczyźni n=34	p*
Wiek w momencie wystąpienia objawów		27,3 (s.d. -6,9)	24,3 (s.d. -4,8)	*p=0,03
Wiek w momencie pierwszej hospitalizacji		26,1 (s.d. -6,6)	25,4 (s.d. -5,6)	n.s.
Czas między zachorowaniem i hospitalizacją ¹		47 tyg. (s.d. -30)	61 tyg. (s.d. -12)	n.s.
Początek choroby	Objawy	65% (30)	67% (22)	n.s.
	Przewlekły	35% (16)	33% (11)	
Epizod choroby	Pierwszy	83% (38)	82% (27)	n.s.
	Kolejny	17% (8)	18% (6)	

* w porównaniach międzygrupowych wykorzystano test t oraz test Chi²

Porównując stopień nasilenia objawów psychopatologicznych mierzonych za pomocą BPRS-LA nie znaleźliśmy żadnych istotnych statystycznie różnic zarówno w ocenie dokonanej przy przyjęciu, jak i w chwili zakończenia pierwszej hospitalizacji. Brak różnic dotyczy również wyodrębnionych z BPRS-LA obszarów: objawów pozytywnych (5, 7, 8, 9, 11 punkt skali), objawów negatywnych (13, 14, 17, 18, 20 punkt skali) i objawów afektywnych (3 i 22 punkt skali).

Identycznie kształtował się poziom formalnych zaburzeń myślenia – w obu grupach u 40% pacjentów wystąpiły one w stopniu większym niż łagodny. Również czas trwania pierwszej hospitalizacji nie różnił się u kobiet i mężczyzn.

U 37 kobiet i 22 mężczyzn dokonaliśmy także oceny anomalii strukturalnych mózgu, na podstawie TK, nie stwierdzając różnic w żadnej z ośmiu ocenianych okolic mózgu (czterech korowych i czterech podkorowych). Szczegółowe wyniki tego badania prezentuje praca złożona do druku [18].

Uzyskane wyniki przedstawia tabela 5.

Pomimo braku istotnych statystycznie różnic, zwraca jednak uwagę fakt, że u kobiet w trakcie pierwszej hospitalizacji uzyskano wyraźniejszą redukcję poziomu objawów psychopatologicznych mierzonych za pomocą BPRS-LA – zarówno sumarycznych (u kobiet o 31 punktów, u mężczyzn o 23,5 punktu), pozytywnych (u kobiet o 11,3 punktu, u mężczyzn o 9,6 punktu), jak i negatywnych (u kobiet o 4 punkty, u mężczyzn o 2,1 punktu).

Omówienie wyników

Tabela 5

Różnice między kobietami i mężczyznami w predyktorach związanych z pierwszą hospitalizacją

Predyktory związane z pierwszą hospitalizacją	Kobiety n=46		Mężczyźni n=34		p*
	liczba punktów	odchylenie standardowe	liczba punktów	odchylenie standardowe	
BPRS – suma punktów przy przyjęciu	65,6	15,3	61,2	12,2	n.s.
BPRS – objawy pozytywne przy przyjęciu	18	4,8	17,4	5,2	n.s.
BPRS – objawy negatywne przy przyjęciu	12,5	6,9	12,0	4,3	n.s.
Objawy afektywne przy przyjęciu	4,3	1,9	3,8	1,6	n.s.
BPRS – suma punktów przy wypisaniu	34,5	6,2	37,5	7,8	n.s.
BPRS – objawy pozytywne przy wypisaniu	6,7	2,1	7,8	2,9	n.s.
BPRS – objawy negatywne przy wypisaniu	8,5	3,2	9,9	3,9	n.s.
Formalne zaburzenia myślenia	2,6	1,8	2,6	1,7	n.s.

* w porównaniach międzygrupowych wykorzystano test t i test Manna-Whitneya

Podobnie jak cytowani we wstępie Levin, Goldstein czy Häfner, stwierdziliśmy u kobiet korzystniejsze wyniki w zakresie predyktorów przebiegu schizofrenii. Potwierdzona w naszych badaniach przewaga kobiet dotyczy późniejszego początku choroby, lepszego przedchorobowego funkcjonowania społecznego i mniejszej częstości występowania schizoidalnych i schizotypicznych zaburzeń osobowości.

Zebraliśmy dane na temat początku choroby, definiowanego zarówno jako „wiek wystąpienia pierwszych objawów”, jak i „wiek pierwszej hospitalizacji”. Istotna statystycznie różnica potwierdza późniejszy początek schizofrenii u kobiet jedynie gdy chodzi o „wiek wystąpienia pierwszych objawów”, nie pojawia się natomiast, jeśli idzie o „wiek pierwszej hospitalizacji”, mimo że kobiety są starsze o średnio 2,7 roku. To, że tak znaczna różnica – zbliżona do wyników przytaczanych przez innych autorów: Childers i Harding [9], Häfnera i wsp. [4, 19], Levine’a i wsp. [15], Lorangera [7], w których badaniach wynosi od 3 do 5 lat – nie osiąga poziomu istotnego statystycznie, tłumaczyć można założeniem metodologicznym badania, wykluczającym z analizy pacjentów hospitalizowanych po raz pierwszy przed 18 rokiem życia. Najbardziej zbliżone wyniki przytaczają Childers i Harding [9] – w którym badaniu (podobna liczebność grupy, te same kryteria diagnostyczne i jedynie pięciu pacjentów hospitalizowanych przed 18 rokiem życia) wiek wystąpienia pierwszych objawów i różnice między kobietami i mężczyznami w tym zakresie są niemal identyczne jak w naszej

grupie – autorki nie podają jednak różnic w „wieku pierwszej hospitalizacji”. Brak również w naszym badaniu istotności statystycznej w porównaniu czasu, jaki upłynął między zachorowaniem a pierwszą hospitalizacją, chociaż był on krótszy u kobiet o 14 tygodni. Tak wyraźna różnica wynika jednak z obecności w grupie mężczyzn pacjenta, u którego czas, jaki upłynął między zachorowaniem a hospitalizacją, wyraźnie odbiegał od pozostałych wyników.

Funkcjonowanie społeczne oceniane klinicznie wg DSM–III, wymiar V, wskazuje na istotną statystycznie przewagę dobrego funkcjonowania kobiet. Kobiety wykazują również istotną statystycznie przewagę lub przynajmniej tendencję do niej w większości parametrów branych pod uwagę w ocenie funkcjonowania społecznego. Poziom istotności statystycznej uzyskano jedynie w odniesieniu do przedchorobowych kontaktów społecznych, poziom stałej tendencji – w zakresie niektórych danych demograficznych, takich jak: stan cywilny, posiadanie stałego partnera, wykształcenie, opuszczenie domu rodzinnego. Jedynie pod względem aktywności zawodowej lub kontynuowania edukacji mężczyźni nie różnili się od kobiet. Wyższy poziom przedchorobowego funkcjonowania społecznego kobiet jest zgodny z wynikami uzyskiwanymi w innych badaniach m.in. Childers i Harding [9], Häfnera i wsp [4], Levine’a i wsp. [1], Lorangera [7]. Brak istotności statystycznej w zakresie cytowanych powyżej danych demograficznych, podobnie jak w przypadku wieku pierwszej hospitalizacji, można wiązać ze wspomnianym założeniem metodologicznym, które decydowało o włączeniu do badania pacjentów powyżej 18 r.ż., założenie to mogło bowiem wpłynąć na zrównanie wieku pierwszej hospitalizacji, a zarazem zrównanie czasu potrzebnego do podjęcia nowych ról społecznych.

Nie znaleźliśmy żadnych różnic w ocenie nasilenia objawów psychopatologicznych mierzonych za pomocą BPRS–LA. Dotyczy to zarówno oceny sumarycznej, jak i oceny objawów pozytywnych, negatywnych i afektywnych. Obie grupy nie różniły się także pod względem występowania objawów katatonicznych, objawów o obrazie hebefrenicznym i formalnych zaburzeń myślenia. Ten brak różnic jest odmienny od wyników uzyskiwanych przez Levine’a [1] oraz Goldsteina i Linka [20], którzy obserwowali istotną statystycznie przewagę objawów negatywnych u mężczyzn i afektywnych u kobiet, zgodny zaś z wynikami prezentowanymi w pracach takich autorów, jak Addington i wsp. [12], czy Häfner i wsp. [4]. Redukcja poziomu psychopatologii była wyraźniejsza w grupie kobiet, ale wynik ten nie był istotny statystycznie. Brak istotności statystycznej różnicy pojawiającej się w badaniach innych autorów, związanej z gorszą współpracą mężczyzn w leczeniu, tłumaczyć można specyfiką oddziaływań, na którym przeprowadzono badanie. Oddziaływanie ten, nastawione na leczenie osób z pierwszym epizodem schizofrenii, poprzez dużą różnorodność oddziaływań terapeutycznych, opisanych przez jego pracowników w publikacji zamieszczonej w „Psychiatrii Polskiej” [21], może wyrównywać poziom współpracy w leczeniu u kobiet i mężczyzn.

Wnioski

1. Kobiety, w odróżnieniu od mężczyzn chorujących na schizofrenię, cechują się lepszym przedchorobowym funkcjonowaniem społecznym.
2. Mężczyźni chorujący na schizofrenię częściej niż kobiety wykazują schizoidalne lub schizotypiczne zaburzenia osobowości.
3. U kobiet później niż u mężczyzn pojawiają się pierwsze objawy schizofrenii.
4. Kobiety i mężczyźni w chwili pierwszej hospitalizacji nie różnią się stopniem nasilenia objawów psychopatologicznych, w tym objawów negatywnych, pozytywnych i afektywnych.

Summary

In the group of the 80 – DSM- III – first schizophrenic out patients we evaluated differences between men and women in predictive factors. First symptoms of illness were manifested later in women than in man. What's more women achieved better results in social functioning as well in global assessment, as in partial criteria. Work was the only domain in which there wasn't any differences in favour of women. Women had a lower rate of personality disorders. There were no differences in psychiatric symptoms severity.

**Dręć+ć· à d'điāīññč=łñęćó ôřęñđró éóc+ćí ċ ćliūćí,
āīñđ'čñřęćčđiāřiiūō āđ'łđāūł ņ āčřāiñčē řęćiōđlićč**

Ńiāīđēřēł

À čññēłāřiiñē āđōđ'đł 80 đřōčliñā, āīñđ'čñřęćčđiāřiiūō āđ'łđāūł ņ āčřāiñčē řęćiōđlićč đřēđñłđč ē Ēłčāōiřđiāřē ēēřññčōčęřōčē ĀNE-III iōliłiū đřęć+ć· ēłēāó ćliūćiřēč ċ éóc+ćiřēč ā iāēřññč đ'điāīññč=łñęćó ôřęñđiā. Ó ćliūći đřęćāīł, +łē ó éóc+ćí, đřī āčēčñū đ'łđāūł āiēłčliłiūł ņčēđ'ñiēū. Āūđřēliłiūē ņđ'ñiāiē đ'điāřēčđiāřēč ñč đ'đč iōliłēł iāūłññāliłiāi ōōiēčōčiičđiāřič' ēřę āēiāřēūiñāi, ñřę ċ đ'đč čñđřēūčāřičē ñāłēūiūō ēđēñłđēłā. Đřēičēñłēūiř', āē' ćliūći, đřęćiōđř' il ñññčēřñū ñiēūēł ē đ'điāēłēł đřāiñū. Čliūćiū đlićł, +łē éóc+ćiū, ięřęūāřēč iřđōřlić' ēč+iññč. Il ñēł=łiđ đřęć+ćē ā iāēřññč ōñ ēłēłić' đ'ñčōiđ'ñiēiāč=łñęćó ñčēđ'ñiēiā.

Unterschiede bei prognostischen Faktoren bei wegen Schizophrenie hospitalisierten Frauen und Männern

Zusammenfassung

In der zum ersten Mal hospitalisierten Gruppe der Patienten mit der Diagnose Schizophrenie nach den DSM- III Kriterien beurteilte man die Unterschiede zwischen Frauen und Männern im Bereich der prognostischen Faktoren. Die ersten Krankheitssymptome erschienen später bei Frauen als bei Männern. Bei Frauen war die Beurteilung des sozialen Funktionierens stärker, global und mit Hilfe einer Reihe einzelnen Kriterien. Der für Frauen günstige Unterschied betraf aber den Arbeitsbereich nicht. Die Frauen zeigten Persönlichkeitsstörungen seltener als die Männer. Es fehlten Unterschiede im Bereich der Intensität der psychopathologischen Symptome.

La différence des facteurs pronostiques des femmes et des hommes hospitalisés pour la première fois à cause de la schizophrénie

Résumé

Le groupe de 80 patients hospitalisé pour la première fois à cause de la schizophrénie, diagnostiqués selon DSM- III est analysé du point de vue de différence des facteurs pronostiques des femmes et des hommes. Chez les femmes les premiers symptômes de maladie se manifestent plus tard que chez les hommes. Ils dominent aussi chez les femmes dans l'estimation du fonctionnement social – globale et particulière. Cette favorable différence ne concerne pas le

travail. Chez les femmes on note aussi plus rarement les troubles de la personnalité. On ne voit pas de différence dans l'intensité des symptômes psychopathologiques.

Piśmiennictwo

1. Levine RRJ. *Sex differences in schizophrenia: timing or subtype?* Psychol. Bull. 1981; 90: 432–444.
2. Goldstein JM, Tsuang MT. *Gender and schizophrenia: an introduction and synthesis of findings.* Schizophr. Bull. 1990; 16: 179–183.
3. Angermeyer MC, Kühn L, Goldstein JM. *Gender and the course of schizophrenia: differences in treated outcome.* Schizophr. Bull. 1990; 16: 293–307.
4. Häfner H i in. *Causes and consequences of the gender difference in age at onset of schizophrenia.* Schizophr. Bull. 1998; 24: 99–113.
5. Cechnicki A. *Analiza wpływu wybranych czynników na wyniki leczenia w obszarze społecznym. Krakowskie prospektywne badania schizofrenii. Badania nad schizofrenią.* Lublin 1998, I.
6. Seeman MV, Lang M. *The role of estrogens in schizophrenia gender differences.* Schizophr. Bull. 1990; 16: 185–194.
7. Loranger AW. *Sex differences in age of onset of schizophrenia.* Arch. Gen. Psychiatry 1984; 41: 157–161.
8. Albus M, Maier W. *Lack of gender differences in age at onset in familial schizophrenia.* Schizophr. Bull. 1990; 18: 51–57.
9. Childers SE, Harding CM. *Gender, premorbid social functioning and long-term outcome in DSM III schizophrenia.* Schizophr. Bull. 1990; 16: 309–318.
10. Flor-Henry P. *Influence of gender in schizophrenia as related to other psychopathological syndromes.* Schizophr. Bull. 1990; 16: 211–227.
11. Gur RE, Petty RG, Turetsky BI, Gur RC. *Schizophrenia throughout life: sex differences in severity and profile of symptoms.* Schizophr. Res. 1996; 21: 1–12.
12. Addington D, Addington J, Patten S. *Gender and affect in schizophrenia.* Can. J. Psychiatry 1996; 41: 265–268.
13. Płocka M, Rybakowski J. *Odrębności schizofrenii u mężczyzn i u kobiet.* Psychiatr. Pol. 1992; 24: 337–345.
14. Sellwood W, Tanier N. *Demographic factors associated with extreme non-compliance in schizophrenia.* Soc. Psychiatry Epidemiol. 1994; 29: 172–177.
15. Levine RRJ, Gulley LR, Risch SC, Jewart R, Houpt JL. *Sexual dimorphism, brain morphology and schizophrenia.* Schizophr. Bull. 1990; 16: 195–205.
16. Cechnicki A. *Prospektywne badania przebiegu schizofrenii – nawrót i rehospitalizacja jako kryterium wyników leczenia.* Post. Psychiatr. Neurol. 1997; 6, supl. 2(5): 7–15.
17. Roztworowska M. *Zależność przebiegu schizofrenii od klimatu emocjonalnego rodziny mierzonego wskaźnikiem Ujawnianych Uczuć.* Maszynopis pracy doktorskiej. Kraków 1991.
18. Walczewski, Cechnicki A, Kleinrok K. *Zależności między zmianami morfologii mózgu a dynamiką obrazu psychopatologicznego u chorych na schizofrenię.* Praca złożona do druku.
19. Häfner H i in. *When and how does schizophrenia produce social deficits?* Eur. Arch. Psychiatry Neurol. Sciences 1995; 246: 17–28.
20. Goldstein JM, Link BG. *Gender and the expression of schizophrenia.* Journal Psychiatry Researh, 1988; 22: 141–155.
21. Roztworowska M, Opoczyńska M, Ćwikliński Z. *Proces diagnostyczno-terapeutyczny u pacjentów z pierwszym epizodem psychiatrycznym w warunkach oddziału stacjonarnego.* Psychiatr. Pol. 1997; 31: 5–20.

-
22. Maier W i in. *The impact of gender and age at onset on the familial aggregation of schizophrenia*. Eur. Arch. Psychiatry Neurol. Sciences 1993; 242: 275–285.
23. Tamminga CA. *Gender and schizophrenia*. J. Clin. Psychiatry 1997; 58: 33–37.

Otrzymano: 16.11.2000

Zrecenzowano: 25.01.2001

Przyjęto do druku: 30.04.2001

Adres: Klinika Psychiatrii Dorosłych CM
UJ
Oddział Dzienny
31-115 Kraków, plac Sikorskiego

