
Genderové rozdíly u pacientů se schizofrenií

Hůlková M., Hosák L.

Psychiatrická klinika LF UK a FN, Hradec Králové,
přednosta prof. MUDr. J. Libiger, CSc.¹

SOUHRN

Úvod: Problematika genderových rozdílů u schizofrenie není stále uspokojivě zmapovaná. Cílem práce bylo zjistit, jak se liší muži a ženy se schizofrenií a schizoafektivní poruchou co se týká psychosociálních aspektů jejich života.

Metodika: V rámci rutinní péče o psychotické pacienty vyplňovali lékaři Psychiatrické kliniky Fakultní nemocnice Hradec Králové dotazník víceosé diagnostiky MKN-10. Data takto získaná za 30 měsíců jsme využili pro průřezový výzkum.

Výsledky: Získali jsme informace o 98 pacientech (44 žen) s diagnózou schizofrenie (62) a schizoafektivní porucha (36) průměrného věku 38,7 let s mediánem trvání nemoci 11 let. Muži trpící schizofrenií vykazovali v porovnání se ženami větší postižení celkově, větší postižení v oblastech péče o vlastní osobu a širší sociální kontext, častěji měli právní problémy a byli nezaměstnaní ($p < 0,05$, Chí kvadrát). U pacientů se schizoafektivní poruchou nebyl nalezen žádný rozdíl dle pohlaví (Chí kvadrát).

Závěr: Výsledky poukazují na významný vliv sociálních schopností na míru postižení u schizofrenie. Je možné jich využít v rámci resocializačních programů tohoto onemocnění, kdy potřeby mužů a žen jsou do určité míry odlišné.

Klíčová slova: genderové rozdíly, schizofrenie, schizoafektivní porucha, pohlaví, MKN-10, sociální adaptace, postižení.

SUMMARY

Hůlková M., Hosák L.: Gender Differences among Patients with Schizophrenia

Introduction: Although some differences between men and women with schizophrenia in prognosis or treatment response have been already described, the gender differences have not been explored sufficiently. The aim of the study was to assess differences between men and women with the diagnosis of schizophrenia at the level of social functioning using the multi-axial ICD-10 (International Classification of Diseases) system.

Methods: Physicians taking care of psychotic inpatients at the Dept. of Psychiatry, University Hospital in Hradec Králové routinely filled in the multi-axial ICD-10 questionnaire at discharge. We retrospectively analyzed data on patients with schizophrenia and schizoaffective disorder collected at the Psychiatric Clinic during a 30-month period and used them for a survey of gender differences in life.

Results: We obtained data on 98 patients (women 44) with schizophrenia (62) or schizoaffective disorder (36) at the average age of 38.7 years, with a median duration of the illness of 11 years. Men as opposed to women with schizophrenia showed more disability, more impaired self-care, broader social behaviour, legal domain and working ability ($P < 0.05$; chi-square test). No gender differences were found in schizoaffective patients (chi-square test).

Conclusion: The results emphasize the importance of social skills as a prognostic factor in schizophrenia. This can be used in gender-specific social rehabilitation and further research.

Key words: gender differences, schizophrenia, schizoaffective disorders, gender, ICD-10, social functioning, disability.

Čes. a slov. Psychiat., 105, 2009, No. 2, pp. 61–67.

Poznámka: Práce byla publikována ve formě posteru: Hůlková M., Hosák L., Štolová V., Libiger J.: Genderové rozdíly u pacientů se schizofrenií. VII. sjezd Psychiatrické společnosti České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně, Špindlerův Mlýn, 12. – 15. června 2008.

1. ÚVOD

Schizofrenie postihuje 1 % celkové populace a řadí se mezi 10 nejvýznamnějších příčin pracovního a životního zneschopnění (disability) v rozvinutých zemích světa. Pět procent pacientů se schizofrenií spáchá sebevraždu [16]. Existují četné práce o rozdílech mezi muži a ženami se schizofrenií. Nenalezli jsme však studii, jež by systematicky zaznamenávala odlišnosti mezi muži a ženami se schizofrenií nebo schizoafektivní poruchou z pohledu víceosé diagnostiky MKN-10 (Mezinárodní klasifikace nemocí, desátá revize).

Diagnóza duševní poruchy vypovídá málo o nemocném jako takovém, o jeho premorbidní osobnosti, životním stylu, prostředí, v němž žije, či o stupni postižení. Proto byl jako součást dokumentů, doprovázejících V. kapitolu MKN-10, vydán dotazník Víceosý způsob diagnostiky podle MKN-10 pro použití v psychiatrii dospělého věku [20]. Systém víceosé diagnostiky je určen pro klinické, výukové a výzkumné účely. Má sloužit především k tomu, aby bylo zajištěno systematické zaznamenávání duševních i somatických poruch, narušení

schopností zvládat různé oblasti života a zaznamenávání významných souvisejících faktorů v životě pacienta. V praxi se dá použít k větší individualizaci péče o nemocného.

V rámci rutinní péče probíhalo na Psychiatrické klinice Fakultní nemocnice Hradec Králové (PK FN HK) vyplňování tohoto dotazníku u pacientů s psychózou. Rozhodli jsme se získaná data podrobit průřezové analýze a tak zároveň ověřit možnosti využití škály v systematickém výzkumu schizofrenie.

Na základě výsledků předběžné analýzy jsme stanovili jako cíl ověřit, zda se liší muži a ženy se schizofrenií (F20) a schizoafektivní poruchou (F25) [24] v osách MKN-10. Feminita a maskulinita jsou stěžejní kategorie v životě jedince a mají významný vliv na volby, možnosti a omezení v průběhu života [2, 26].

2. SOUBOR A METODIKA

U hospitalizovaných nemocných s diagnózou schizofrenie nebo schizoafektivní porucha ošetřující lékaři při propouštění pacientů z nemocnice vypl-

Tab. 1. Deskriptivní charakteristiky souboru mužů a žen se schizofrenií nebo schizoafektivní poruchou.

		MUŽI F20	ŽENY F20	MUŽI F25	ŽENY F25	MUŽI CELKEM	ŽENY CELKEM
VĚK (roky)	Průměr ± S.D.	36,2 ± 12,3	41,6 ± 12,6	40,1 ± 12,4	41,0 ± 12,1	36,2 ± 12,4	41,7 ± 12,7
	Rozmezí	19 - 63	22 - 71	19 - 62	22 - 66	19 - 63	22 - 71
	p	0,035		NS		0,035	
VĚK PŘI PRVNÍ ATACE (roky)	Průměr ± S.D.	24,3 ± 7,7	24,6 ± 8,9	24,5 ± 6,8	26,7 ± 7,6	24,3 ± 7,5	25,7 ± 8,3
	Rozmezí	8 - 45	12 - 43	18 - 37	16 - 47	8 - 45	12 - 47
	p	NS		NS		NS	
HOSPITALIZACE (počet)	Medián	4	6	6	5	4	5
	Rozmezí	1-66	1-53	2 - 21	1 - 35	1 - 66	1 - 53
	p	NS		NS		NS	
TRVÁNÍ NEMOCI (roky)	Medián	10,5	15	12	11	9	11
	Rozmezí	0,1 - 38	0,1 - 44	1 - 36	0,1 - 35	0,1 - 38	0,1 - 44
	p	0,0059	NS	NS			

Pozn.: NS – není statisticky významné; S.D. – směrodatná odchylka; p – p hodnota hladiny významnosti

Tab. 2. Postižení mužů a žen se schizofrenií nebo schizoafektivní poruchou v ose II.

OSA II	M F20	Z F20	M x Z F20	M F25	Z F25	M x Z F25	M F20+F25	Z F20+F25	M x Z F20 + F25
Celkové postižení	13,8	11,3	0,007	11,7	9,5	0,12	13,3	10,3	< 0,001
Péče o sebe	2,3	1,2	0,003	1,8	0,9	0,21	2,2	1,0	0,002
Práce	4,3	3,9	0,27	3,6	3,5	0,27	4,1	3,7	0,20
Rodina a domácnost	3,5	3,0	0,12	2,9	2,2	0,56	3,3	2,6	0,03
Sociální kontext	3,8	3,1	0,01	3,4	2,8	0,91	3,7	2,9	0,02

Pozn.:

M F20, F25, F20+F25 – průměrné postižení u mužů se schizofrenií, schizoafektivní poruchou, schizofrenií nebo schizoafektivní poruchou;

Z F20, F25, F20+F25 – průměrné postižení žen se schizofrenií, schizoafektivní poruchou, schizofrenií nebo schizoafektivní poruchou;

M x Z F20 – srovnání mužů a žen se schizofrenií vyjádřené pomocí p hodnoty statistické významnosti;

M x Z F25 – srovnání mužů a žen se schizoafektivní poruchou vyjádřené pomocí p hodnoty statistické významnosti;

M x Z F20+F25 – srovnání mužů a žen se schizofrenií nebo schizoafektivní poruchou vyjádřené pomocí p hodnoty statistické významnosti

Tab. 3. Rozdíly mezi muži a ženami se schizofrenií nebo schizoafektivní poruchou v ose III MKN-10.

OSA III	M	Z	p	M	Z	p	M	Z	p
	F20	F20		F25	F25		F20+F25	F20+F25	
Z55 Problémy se vzděláním a gramotností	8	3	0,61	3	2	0,23	11	5	0,23
Z56 Problémy spojené se zaměstnáním a nezaměstnaností	13	1	0,02	5	7	0,62	18	8	0,09
Z59 Problémy spojené s bydlením a ekonomickými okolnostmi	7	3	0,78	0	3	0,17	7	6	0,92
Z60 Problémy spojené se společenským prostředím	10	3	0,36	5	3	0,08	15	6	0,09
Z61 Problémy spojené s negativními životními událostmi v dětství	4	1	0,49	1	1	0,67	5	2	0,37
Z62 Jiné problémy spojené s výchovou	1	3	0,07	3	1	0,09	4	4	0,76
Z63 Jiné problémy spojené s primární podpůrnou skupinou, včetně rodinných okolností	17	12	0,24	6	11	0,92	23	23	0,33
Z64 Problémy spojené s některými psychosociálními okolnostmi	0	2	0,04	0	0	-	0	2	0,11
Z65 Problémy spojené s jinými psychosociálními okolnostmi	8	0	0,03	2	1	0,25	10	1	0,01
Z72 Problémy spojené se životním stylem	12	2	0,08	4	4	0,35	16	6	0,06
Z73 Problémy spojené s obtížemi při vedení života	4	0	0,14	3	2	0,23	7	2	0,15
Z81 Duševní poruchy a poruchy chování v rodinné anamnéze	14	2	0,04	5	7	0,62	19	9	0,11
Z86 Některé jiné nemoci v osobní anamnéze	6	1	0,25	4	3	0,19	10	4	0,18
Z87 Jiné nemoci a stavy v osobní anamnéze	0	1	0,16	2	1	0,25	2	2	0,83
Z88 Alergie na léky, léčiva, návykové a biologické látky v osobní anamnéze	0	1	0,16	1	1	0,67	1	2	0,44
Z91 Rizikové faktory v osobní anamnéze, nezařazené jinde	8	2	0,31	2	1	0,25	10	3	0,09

Poznámka: M F20 - počet mužů se schizofrenií; Z F20 - počet žen se schizofrenií; M F25 – počet mužů se schizoafektivní poruchou; Z F25 – počet žen se schizoafektivní poruchou; p – hladina významnosti rozdílu mezi muži a ženami

nili dotazník „Víceosý způsob diagnostiky podle MKN-10 pro použití v psychiatrii dospělého věku“. Tento dotazník se skládá ze tří částí, neboli ze tří os.

V ose I se zaznamenávají klinické diagnózy všech poruch, kterými pacient trpí, psychické i somatické (A00-Y98 dle klasifikace MKN-10) [24].

V ose II lékař hodnotí postižení, jež pacientovi způsobují jeho onemocnění (uvedená v ose I). Osa II sleduje čtyři oblasti: „Péče o vlastní osobu“, „Práce“, „Rodina a domácnost“ a „Širší sociální kontext“. „Širším sociálním kontextem“ jsou míněny dovednosti týkající se společenských rolí mimo okruh rodiny, interakce s ostatními a zapojení se do společnosti jako celku. Každá sledovaná oblast osy II je hodnocena body 0-5, kde 5 znamená těžké postižení. Celkové postižení je pak dáno součtem uvedených čtyř hodnot vycházejících z WHO/DAS (World Health Organisation Disability Assessment Scale) [20].

Osa III popisuje významné související faktory

v životě pacienta – problémy sociální a zdravotní. Do osy III se zapisují kódy klasifikace MKN-10 Z00-Z99 [20].

Sběr dotazníků se uskutečnil v období 1. 3. 2005 až 31. 8. 2007. Informace ohledně trvání onemocnění, výskytu souvisejících faktorů v životě pacienta a výskytu dalších klinických diagnóz jsme později doplnili z ambulantních karet pacientů a dat získaných z Psychiatrické léčebny Havlíčkův Brod, Psychiatrické léčebny Kosmonosy a Psychiatrické léčebny Bohnice. Dolní věková hranice byla stanovena na 18 let, jelikož dotazník byl vytvořen pro dospělé pacienty. Horní věková hranice určena nebyla.

Statistické hodnocení proběhlo na Oddělení výpočetní techniky při Ústavu lékařské biofyziky LF UK HK (Univerzity Karlovy v Praze, Lékařské fakulty v Hradci Králové) za použití Nepárového t-testu, Mann-Whitneyho testu, testu Chí kvadrát, Fisherova přesného testu a kontingenční tabulky.

V textu se zabýváme pouze těmi souvisejícími

Tab. 4. Statisticky významně rozdílný výskyt souvisejících faktorů v životě mužů oproti ženám se schizofrenií.

OSA III	M	% M	Z	% Z	p
Z56 Problémy spojené se zaměstnáním a nezaměstnaností	13	31%	1	4,8%	0,016
Z56.0 Nezaměstnanost	12		0		
Z56.6 Jiné fyzické a duševní napětí v práci	0		1		
Z56.7 Jiné a neurčené problémy spojené se zaměstnáním	1		0		
Z65 Problémy spojené s jinými psychosociálními okolnostmi	8	20%	0	0%	0,030
Z65.0 Rozsudek v civilních a trestních řízeních bez uvěznění	3		0		
Z65.1 Uvěznění a jiné zadržení	1		0		
Z65.3 Problémy spojené s jinými zákonnými okolnostmi (zatčení, zajištění dítěte, spor, proces, stíhání)	3		0		
Z65.8 Jiné určené problémy spojené s psychosociálními okolnostmi	1		0		
Z81 Duševní poruchy a poruchy chování v rodinné anamnéze	14	34%	2	9,5%	0,036
Z81.0 Duševní opoždění – mentální retardace v rodinné anamnéze (F70-F79)	1		0		
Z81.1 Zneužívání – abusus – alkoholu v rodinné anamnéze	6		0		
Z81.2 Zneužívání – abusus – tabáku v rodinné anamnéze	1		0		
Z81.3 Zneužívání – abusus – jiných psychoaktivních látek v rodinné anamnéze (F11-F16, F18-F19)	1		0		
Z81.8 Jiné duševní poruchy a poruchy chování v rodinné anamnéze (F00-F99)	5		2		

Poznámka: **M** – počet mužů s diagnózou F20, **%M** – procento mužů s diagnózou F20, **Z** – počet žen s diagnózou F20, **%Z** – procento žen s diagnózou F20, **p** – hladina významnosti

faktory, jejichž souvislost s pohlavím nemocných dosahovala hladiny významnosti 5 % a zároveň jejich četnost v daném souboru byla větší než pět.

3. VÝSLEDKY

Byly získány informace o 98 pacientech s diagnózou schizofrenie F20 (N=62, z toho muži N=41) nebo schizoafektivní porucha F25 (N=36, z toho muži N=13). Průměrný věk pacientů byl 38,7 ± 12,7 let, medián trvání nemoci činil 11 let (rozmezí 1 měsíc až 44 let). Medián počtu hospitalizací v životě pacienta byl 5 při širokém rozpětí 1-66 hospitalizací. Deskriptivní charakteristiky souboru uvádíme v tabulce 1.

Muži se schizofrenií byli více celkově postiženi než ženy, muži také vykazovali horší fungování v oblastech „Péče o vlastní osobu“ a „Širší sociální kontext“ (tab. 2).

V souboru nemocných se schizofrenií jsme zaznamenali alespoň jednu vyvolávající faktory uvedené v tabulce 3. Nejčastěji se ve sledované skupině vyskytovaly související faktory Z56, Z60, Z63, Z72 a Z81. Muži se schizofrenií vykazovali oproti ženám s toutéž diagnózou významně větší výskyt nezaměstnanosti, více právních problémů a dále duševních poruch v rodinné anamnéze (tab. 4).

Naproti tomu u schizoafektivní poruchy nebyly prokázány rozdíly mezi muži a ženami ani co se postižení v různých oblastech fungování v životě týká (tab. 2), ani v četnosti Z kódů. Při srovnání mužů z obou skupin se ženami obou sledovaných skupin jsme zjistili větší celkové postižení mužů, horší péči mužů o sebe, o rodinu, horší uplatnění v širším sociálním kontextu (tab. 2) a více problémů se zákonem (tab. 3).

4. DISKUSE

4.1. Rozdíly mezi muži a ženami se schizofrenií ve věku a trvání nemoci

Ženy léčené se schizofrenií byly starší než muži se stejnou diagnózou (toto se projevilo i ve srovnání mužů a žen celého souboru) a zároveň jejich nemoc trvala déle. První ataka onemocnění se u nich objevila přibližně ve stejném věku jako u mužů. Tyto výsledky jsou v literatuře ojedinělé. Běžně se onemocnění rozvíjí u žen o několik let později než u mužů [7, 11, 22]. Předpokládáme, že se jedná o náhodný výsledek způsobený malým počtem zkoumaných subjektů.

4.2. Celkové postižení

V mnoha literárních zdrojích se uvádí, že muži se schizofrenií a obecně muži s psychózou jsou celkově postiženi více než ženy [5, 6, 8, 14]. Námi nalezené těžší celkové postižení mužů trpících schizofrenií oproti ženám se schizofrenií, odrážející se i v těžším celkovém postižení mužů se schizofrenií či schizoafektivní poruchou, se shoduje s výše uvedenými zjištěními jiných autorů.

4.3. Rozdíly mezi muži a ženami v oblasti širšího sociálního kontextu, péče o vlastní osobu a ve výskytu problémů spojených s jinými psychosociálními okolnostmi (se zákonem)

Muži ze sledované skupiny pacientů se schizofrenií měli více narušené schopnosti uplatnění v oblasti širšího sociálního kontextu, více se u nich zhoršila péče o vlastní osobu v průběhu onemocnění a měli více problémů se zákonem. Všechny tyto tři oblasti autoři vnímají jako ukazatel sociálního fungování a adaptace. O mužích trpících schizofre-

nií se v literatuře konstantně uvádí, že se zapojují v sociální oblasti hůře než ženy [11, 17, 21, 23]. Výrazněji zhoršenou péčí o vlastní osobu pozorovali u mužů se schizofrenií v porovnání se ženami se schizofrenií také Chavesová a kol. [9], na větší výskyt problémů se zákonem u mužů trpících schizofrenií upozorňují například McGlashan a Bardensteinová [14].

Je pravděpodobné, že horší zapojení mužů v sociální sféře souvisí s větším celkovým postižením mužů se schizofrenií. Existuje mnoho prací poukazujících na význam zachování si sociálních schopností pro prognózu psychických i somatických onemocnění obecně [18, 19]. Například v práci Schwartze a kol., čítající 2016 zkoumaných osob, se ukázalo pomocí dotazníkového šetření, že přijímání i poskytování sociální podpory je spojené s lepším psychickým zdravím, přičemž poskytování pomoci druhým mělo větší vliv na zdraví jedinců než přijímání podpory od okolí [19].

U schizofrenie se setkáváme s důležitostí fungování v sociální oblasti mimo jiné u emoční expresivity, neboli vyjadřování emocí lidmi, kteří jsou s pacientem v kontaktu. Čím více mluví blízcí lidé o nemocném nepřátelsky a kriticky, tím horší je jeho prognóza [13].

Autoři se domnívají, že obecně referovaná tendence žen k vytváření lepší sociální podpory může být faktorem vysvětlujícím některé rozdíly mezi muži a ženami se schizofrenií. U schizofrenie je často popisován „sociální skluz“, tedy snížení schopností týkajících se mezilidských vztahů pod premorbidní úroveň. Ženy se schizofrenií jsou zvýhodněny oproti mužům s toutéž diagnózou vyšší premorbidní úrovní sociálních dovedností [7, 25]. Sociálním skluzem se pak nedostanou ve svých schopnostech na tak nízkou úroveň jako muži.

Vyšší premorbidní úroveň bývá vysvětlována mnoha modely. Sociobiologové mluví o genderových rolích muže-lovce a ženy-ochránkyně krby podmíněných geneticky a majících také původ v prvobytně pospolné společnosti [1, 26]. Psychoanalytici rozvíjejí teorie o kontinuálním citovém vývoji ženy identifikující se s matkou v protikladu k vývoji muže, jenž se odpoutává od matky a přerušuje vztahové vazby. Jen tak se může identifikovat s otcem. Přerušení citového vývoje muže podle nich vede k menší schopnosti vytvářet hluboké vztahy s druhými, menší expresivitě emocí, analytickému posuzování světa a orientaci na úspěch [10]. Jinými autory bývá zdůrazňován proces sociálního učení, kde dívky jsou od raného věku více trénovány v sociálních funkcích [12] a příbuzní jim vybírají hračky, podporující učení se altruismu, jako například starání se o miminko [4]. Schwartz a kol. poukazují na to, že altruistické chování je v populaci zdravých jedinců signifikantně častěji přítomné u ženského pohlaví [19]. Výsledkem zřejmě všech těchto faktorů dohromady je obecně referovaná větší schopnost žen vyjádřit své emoce a požádat

o podporu, větší otevřenost a empatie [26]. Tyto dovednosti pak mohou ženy využít jako adaptivní mechanismus v ochraně před destruktivním vlivem psychózy na jejich život.

Häfner [7] uvádí, že vyšší premorbidní schopnost sociálního uplatnění si lze též vysvětlovat pozdějším začátkem nemoci u žen. Ženy mají více času si najít partnera a práci a rozvinout síť sociálních kontaktů mimo rodinu ještě před první atakou onemocnění. V našem souboru se ovšem tento předpoklad nepotvrdil. Ačkoliv byl začátek onemocnění velmi podobný u mužů a žen, byli muži postiženi více v sociální oblasti a více postiženi celkově, stejně jako v ostatních výzkumech [9, 14, 22].

4.4. Rozdíly mezi muži a ženami se schizofrenií nebo schizoafektivní poruchou

Jak je patrné z tabulky 2, promítají se rozdíly mezi muži a ženami se schizofrenií do výsledků porovnání mužů a žen obou skupin. Svoji roli v tom jistě hraje i fakt, že pacientů s diagnózou F20 bylo v souboru podstatně více.

4.5. Duševní poruchy a poruchy chování v rodinné anamnéze

Údaj o častějším výskytu duševních poruch v rodinné anamnéze mužů je konzistentní se světovou literaturou. Data o zvýšeném výskytu abusu alkoholu v rodinách pacientů – mužů – by ale mohla souviset také s chybou pozorovatele. Nelze vyloučit, že častější abusus alkoholu u mužů se schizofrenií implikoval cílené otázky vyšetřujících lékařů na situaci ohledně požívání alkoholu u rodičů.

4.6. Problémy spojené se zaměstnáním a nezaměstnaností

Podstatně větší výskyt nezaměstnanosti ve skupině mužů se schizofrenií oproti ženám se dá taktéž částečně připsat snížené schopnosti sociálních interakcí, na tyto problémy však má vliv více faktorů, například nižší úroveň kognitivních schopností mužů se schizofrenií přítomná u těchto již premorbidně [15].

4.7. Chybění významných rozdílů mezi muži a ženami se schizoafektivní poruchou

Málo obvyklé v literatuře jsou naše údaje ohledně chybění genderových rozdílů mezi pacienty se schizoafektivní poruchou. Častěji je popisováno horší fungování u psychotických mužů obecně [6], neboť málo studií rozděluje pacienty na osoby se schizofrenií a osoby se schizoafektivní poruchou. Mnohem častěji se obě onemocnění hodnotí dohromady jako psychotická onemocnění. Domníváme se, že náš výsledek může souviset s tím, že pacienti (muži i ženy) se schizoafektivní poruchou jsou ve stejné míře chráněni zachovalou emotivitou před devastujícími účinky psychotických atak na jejich další život, na rozdíl od mužů se schizofrenií.

4.8. Omezení studie

K omezením studie patří skutečnost, že osu II vyplňoval lékař nevybavený speciálním tréninkem a takového šetření je spojené s výskytem subjektivního zkreslení. Sledování byli jen pacienti hospitalizovaní, dochází zde tedy k výskytu selekční bias. Rovněž specifický soubor pacientů psychiatrické kliniky může být odlišný v porovnání se soubory pacientů léčených či psychiatrických ambulancí. Nelze vyloučit případné rozdíly ve farmakoterapii jako třetí faktor ovlivňující výsledky.

4.9. Přínos studie

Naše výsledky ohledně genderových rozdílů u schizofrenie jsou celkově konzistentní se světovou literaturou a poukazují na význam sociálních funkcí v dopadu schizofrenie na život nemocného. V psychosociální rehabilitaci by proto bylo vhodné klást větší důraz na trénování sociálních dovedností u obou pohlaví, především však u mužů. Ti by měli být v rámci rehabilitace důsledně vedeni k tomu, aby se stýkali s rodinou, vytvořili si alespoň jeden přátelský vztah a netrávili všechny volný čas sami doma. Tak by se jejich sociální dovednosti udržovaly na určité úrovni.

V dalším výzkumu by bylo vhodné se zaměřit na systematické detailnější zmapování sociálních dovedností mužů a žen se schizofrenií s cílem vytvořit genderově specifické rehabilitační programy. Trénování sociálních funkcí obecně by mohlo mít dle našich výsledků příznivý preventivní efekt zvláště na muže s vysokým rizikem vzniku schizofrenie vzhledem k tomu, že postižení sociálních schopností u osob s vysokým rizikem rozvoje psychózy, jako vysoce rizikový faktor pro propuknutí schizofrenie, popsali nedávno v multicentrické longitudinální studii Cannon a kol. [3].

Poděkování

Autoři děkují prof. MUDr. Janu Libigerovi, CSc., za cenné připomínky a podněty sloužící ke zvýšení kvality článku. Děkují Ing. Josefu Bukačovi, MS Ph.D., za statistické zpracování dat, studentce Lékařské fakulty v Hradci Králové Veronice Štolové a sociální pracovníci PK FN HK Zdeně Němcové, Dis., za administrativní pomoc při sběru dat. Autoři rovněž děkují pracovníkům Psychiatrické léčebny Bohnice, Psychiatrické léčebny Havlíčkův Brod a Psychiatrické léčebny Kosmonosy za vstřícnost při poskytování údajů o nemocných.

LITERATURA

1. **Bem, S. L.:** The Lenses of gender: Transforming the debate on sexual inequality. Yale: YUP, 1993, 260 p., ISBN 0-300-05676-1.
2. **Bussey, K., Bandura, A.:** Social cognitive theory of gender development and functioning. in eagly A. H. Beall A. E. Sternberg, R. J. The psychology of gender. 2. ed., New York, The Guilford Press, 2004, pp. 92-119.
3. **Cannon, T. D., Cadenhead, K., Cornblatt, B., Woods, S. W., Addington, J., Walker, E. et al.:** Prediction of psychosis in youth at high clinical risk. A multisite longitudinal study in North America. Arch. Gen. Psychiatry, 65, 2008, pp. 28-37.
4. **Fagot, B. I., Leinbach, M. D.:** The young child's gender schema: Environmental input, internal organization. Child Develop., 60, 1989, pp. 663-672.
5. **Faraone, S. V., Chen, W. J., Goldstein, J. M., Tsuang, M. T.:** Gender differences in age at onset of schizophrenia. Br. J. Psychiatry, 164, 1994, pp. 625-629.
6. **Grossman, L. S., Harrow, M., Rosen, C., Faull, R.:** Sex differences in outcome and recovery for schizophrenia and other psychotic and nonpsychotic disorders. Psychiatr Serv., 57, 2006, pp. 844-850.
7. **Häfner, H.:** Gender differences in schizophrenia. Psychoneuroendocrinology, 28, 2003, pp. 17-54.
8. **Häfner, H., Behrens, S., Gattaz, W. F., Hambrecht, M., Löffler, W. et al.:** Causes and consequences of the gender difference in age at onset of schizophrenia. Schizophr. Bull., 242, 1998, pp. 6-12.
9. **Chaves, A. C., Seeman, M. V., Mari, J. J., Maluf, A.:** Schizophrenia: impact of positive symptoms on gender social role. Schizophr. Res., 11, 1993, pp. 41-45.
10. **Chodorow, N.:** The reproduction of mothering. Psychoanalysis and the sociology of gender. Berkley, University of California Press, 1978. 290 p.
11. **Jablensky, A., Sartorius, N., Ernberg, G., Anker, M., Korten, A., Cooper, J. E. et al.:** Schizophrenia: manifestations, incidence and course in different cultures. A World Health Organization ten-country study. Psychol. Med. (Suppl.), 20, 1992, pp. 1-97.
12. **Loranger, W.:** Sex difference in age of onset of schizophrenia. Arch. Gen. Psychiatry, 41, 1984, pp. 157-161.
13. **Mavreas, V. G., Tomaras, V., Karydi, V., Economou, M., Stefanis, C. N.:** Expressed emotion in families of chronic schizophrenics and its association with clinical measures. Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol., 27, 1992, pp. 4-9.
14. **McGlashan, T., Bardenstein, K.:** Gender differences in affective, schizoaffective and schizophrenic disorders. Schizophr. Bull., 16, 1990, pp. 319-329.
15. **Norman, R. M., Malla, A. K., Manchanda, R., Townsend, L.:** Premorbid adjustment in first episode schizophrenia and schizoaffective disorders: a comparison of social and academic domains. Acta Psychiatr. Scand., 112, 2005, pp. 30-39.
16. **Palmer, B. A., Pankratz, V. S., Bostwick, J. M.:** The lifetime risk of suicide in schizophrenia: a reexamination. Arch. Gen. Psychiatry, 62, 2005, pp. 247-253.
17. **Perry, W., Moore, D., Braff, D.:** Gender differences on thought disturbance measures among schizophrenic patients. Am. J. Psychiatry, 152, 1995, pp. 1298-1301.
18. **Seeman, M. V., Lang, M.:** The role of estrogens in schizophrenia gender differences. Schizophr. Bull., 16, 1990, pp. 185-194.
19. **Schwartz, C., Meisnelder, J. B., Ma, Y., Reed, G.:** Altruistic social interest behaviors are associated with better mental health. Psychosom. Med., 65, 2003, pp. 778-785.
20. **Smolik, P.:** Duševní a behaviorální poruchy: Průvodce klasifikací, nástin nozologie, diagnostika. 1. vyd., Praha, Maxdorf, 1996. 504 s., ISBN 80-85800-33-0.
21. **Tamminga, C. A.:** Gender and schizophrenia. J. Clin. Psychiatry, 58, 1997, pp. 33-37.
22. **Tang, Y., Gillespie, C., Epstein, M. P., Mao, P., Jiang, F., Chen, Q. et al.:** Gender differences in 542 Chinese inpatients with schizophrenia. Schizophr. Res., 97, 2007, pp. 88-96.
23. **Thorup, A., Petersen, L., Jeppesen, P., Ohlenschlaeger, J., Christensen, T., Krarup, G. et al.:** Gender differences

in young adults with first-episode schizophrenia spectrum disorders at baseline in the Danish OPUS study. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 195, 2007, pp. 396-405.

24. **Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR:** Mezinárodní klasifikace nemocí: mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů ve znění desáté decennální revize : MKN-10 : kapesní formát, 2. vydání. Praha, Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 1992, 646 s.
25. **Willhite, R. K., Niendam, T. A., Bearden, C. E., Zinberg, J., O'Brien, M. P., Cannon, D. T.:** Gender differences in symptoms, functioning and social support in patients at ult-

ra-high risk for developing a psychotic disorder. *Schizophr. Res.* V tisku.

26. **Wyrobková, A.:** Genderový vývoj: Nejvýznamnější teorie a výzkum. *Československá psychologie*, 2, 2007, s. 141-152.

MUDr. Michaela Hůlková
Psychiatrická klinika LF UK a FN
Sokolská 581
500 05 Hradec Králové
e-mail: michaela.hulkova@tiscali.cz

REFERÁTY Z PÍSEMNICTVÍ

Gebhardt S., Röttgers H., Backer A. et al.: Treatment of Panic Disorder with Bupropion in a Patient with Parkinson's Disease

(Léčba panické poruchy bupropionem u pacienta s Parkinsonovou chorobou)
Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics, 33, 2008, č. 5, s. 575-577.

Němečtí autoři (univerzitní psychiatricko-psycho-terapeutické pracoviště v Marburgu) referují o 57leté ženě s diagnostikovanou Parkinsonovou chorobou. U její panické poruchy se projevilo zřetelné zlepšení po zahájení léčby bupropionem (inhibi-

tor zpětného vychytávání noradrenalinu a dopaminu). Současně se vyskytující velká deprese při této léčbě vymizela. Autoři jsou proto přesvědčeni, že bupropion může být užitečný v léčbě pacientů jak s panickou poruchou, tak s Parkinsonovou chorobou.

McFarlane A. C., Ellis N., Barton C. et al.: The Conundrum of Medically Unexplained Symptoms: Questions to Consider

(Záhada lékařsky nevysvětlených příznaků: otázky ke zvážení)
Psychosomatics, 49, 2008, č. 5, s. 369-377.

Podle australských autorů (univerzitní pracoviště v Adelaide) zůstává klasifikace a etiologie lékařsky nevysvětlených příznaků klinickou výzvou. Současné návrhy na zlepšení systémů klasifikace zahrnují ukončení tradice oddělování příznaků do skupiny somatických a psychiatrických.

Bylo navrženo několik výzkumných námětů k vysvětlení některých odlišných názorů ohledně

podstaty těchto obtížných záležitostí. Jednotné modely kauzality tělesných příznaků se nepředpokládají. Výzkum příčin a podstaty tělesných potíží s psychiatrickými poruchami a bez nich vyžaduje jejich oddělený výzkum a tyto by neměly být posuzovány jako stejné nebo podobné. Je třeba, aby psychofyziologické modely somatických příčin mohly být studovány ve výzkumných protokolech.

Vayá A., Lopez M., Plumé G. et al.: Upper-extremity Deep Vein Thrombosis in a Patient on Clozapine Therapy Carrying the Prothrombin G20210A Mutation

(Hluboká žilní trombóza horní končetiny při léčbě klozapinem u pacienta-nosiče protrombinové mutace G20210A)

Pathophysiology of Haemostasis and Thrombosis, 36, 2008, č. 2, s.105-107.

Léčba klozapinem rezistentních schizofrenních poruch bývá spojována s žilními tromboembolickými příhodami. Španělská autoři z univerzitní nemocnice ve Valencii referují o případu pacienta, u kterého se přesně 2 měsíce po začátku léčby klozapinem vyvinula hluboká žilní trombóza horní

končetiny. Trombofilie „propracovala“ tohoto pacienta ke zjištění výskytu protrombinové mutace G20210A.

MUDr. Jaroslav Veselý