

Różnice międzyplciowe w zaburzeniach psychicznych

Gender differences in mental disorders

Anna Tereszko¹, Dominika Dudek²

¹Katedra Psychiatrii, Uniwersytet Jagielloński, *Collegium Medicum* w Krakowie

²Klinika Psychiatrii Dorosłych, Katedra Psychiatrii, Uniwersytet Jagielloński, *Collegium Medicum* w Krakowie

Neuropsychiatria i Neuropsychologia 2017; 12, 4: 162–169

Autor do korespondencji:

Anna Tereszko

Katedra Psychiatrii

ul. M. Kopernika 21A

31-501 Kraków

tel.: +48 889 189 888

e-mail: tereszka@gmail.com

Streszczenie

Medycyna i zdrowie człowieka przez większą część historii ludzkości postrzegane były przez pryzmat zdrowia męskiego. Obecnie obserwowane tendencje do feminizacji populacji, zwłaszcza w przypadku starszych pokoleń, skłania do modyfikacji dotychczasowego podejścia do problematyki zdrowia i obrazu choroby. Stale rosnąca liczba doniesień dotyczących różnic międzyplciowych w poszczególnych jednostkach chorobowych skłania do ujmowania płci i specyficznych dla niej objawów w ich przebiegu. Różnice te często wykraczają poza kwestie zapadalności, przebiegu czy też rokowania i obejmują również czynniki wpływające na podatność, wykrywalność i akceptację choroby psychicznej. W niniejszej pracy omówiono dotychczasowe doniesienia w zakresie różnic międzyplciowych w zaburzeniach afektywnych, lękowych, schizofrenii, zaburzeniach osobowości i ze spektrum autyzmu oraz uzależnieniach. W pracy zaprezentowano również biologiczne i społeczno-kulturowe tło obserwowanych różnic międzyplciowych.

Podsumowane w niniejszej pracy badania wskazują na istnienie różnic międzyplciowych w każdej z omawianych grup zaburzeń. Badań skupiających się na różnym obrazie zaburzeń psychicznych w zależności od płci jest wciąż niewiele, a obserwowane różnice okazują się często nie mieć odzwierciedlenia w stosowanych skalach diagnostycznych oraz kryteriach klinicznych ujętych w DSM czy ICD. Mimo to analiza dotychczas uzyskanych danych na temat aspektów zaburzeń psychicznych specyficznych dla płci pozwala lepiej zrozumieć ich epidemiologię oraz podejmować trafniejsze decyzje kliniczne i decydować o bardziej adekwatnym leczeniu.

Słowa kluczowe: zaburzenia afektywne, schizofrenia, zaburzenia lękowe, spektrum autyzmu, zaburzenia osobowości, uzależnienia.

Wstęp

Według najnowszych danych Głównego Urzędu Statystycznego (GUS) z 2016 r. śred-

Abstract

Medicine and human health for the greater part of the history of mankind were seen through the prism of men's health. Currently observed trends in feminisation of the population, especially in the case of older generations, encourage a change in the current approach to the picture of health and disease. The constantly growing number of reports of gender differences in many different disorders urges the recognition of gender and gender-specific symptoms in their image. These differences often go beyond incidence rate, progression, or prognosis, and also include factors affecting susceptibility, detection, and acceptance of mental illness.

In this paper, we present current findings on the differences between genders in affective disorders, anxiety, schizophrenia, personality disorders, autism spectrum disorders, and addiction. The paper also presents the biological and socio-cultural background of observed differences.

The studies summarised in this paper reveal gender differences in each described group of disorders. Studies that focus on gender discrepancies of mental disorders are still relatively small, and the differences observed are often not reflected in the diagnostic scales used and the clinical criteria of the DSM or ICD. Nevertheless, the analysis of available data on the gender-specific aspects of psychiatric disorders can help to understand their epidemiology better and make more appropriate clinical decisions and decide on more appropriate treatment.

Key words: affective disorders, schizophrenia, anxiety disorders, autism spectrum, personality disorders, substance use disorders.

nia długość życia mężczyzn w populacji polskiej wynosi 73,9 roku, zaś u kobiet 81,9 roku (GUS 2017). Już te dane sugerują znamienne różnice w zdrowiu obojga płci. Mimo to przez więk-

szą część historii ludzkości medycyna i zdrowie postrzegane były przez pryzmat zdrowia męskiego z racji niższej pozycji społecznej kobiet (Pinn 2003). Obecnie obserwowane tendencje do feminizacji populacji, zwłaszcza w przypadku starszych pokoleń, skłaniają do eksplorowania tej tematyki.

Identyfikacja różnic międzypłciowych w zakresie zapadalności, przebiegu czy też rokowania w poszczególnych zaburzeniach psychicznych jest kwestią kluczową dla adekwatnej diagnostyki i ich leczenia. Warto jednak zaznaczyć, że różnice międzypłciowe w tych zaburzeniach wykraczają poza różnice w częstości występowania różnych zaburzeń, w czasie ich rozpoczęcia czy przebiegu, a obejmują również czynniki, które mogą wpływać na podatność, wykrywalność, diagnozę i akceptację choroby psychicznej (Afifi 2007).

Podłoże różnic międzypłciowych w zaburzeniach psychicznych

Za różnice w charakterystyce zaburzeń psychicznych u obu płci odpowiadają zarówno czynniki biologiczne, jak i środowiskowe. Wśród różnic biologicznych na pierwszy plan wysuwa się budowa mózgu. Kobięcy mózg jest średnio o 10% mniejszy, a większą jego część stanowi istota szara, u mężczyzn zaś odwrotnie – większą częścią są istota biała i płyn mózgowo-rdzeniowy (Vetulani 2016b). Utrata objętości tkanki mózgowej z wiekiem jest wolniejsza u kobiet niż u mężczyzn. U tych drugich większą utratę obserwuje się w okolicach czołowych i skroniowych (skutkujące np. starym odhamowaniem zachowania) (Terribilli i wsp. 2011). W grupie kobiet natomiast zmniejszenie objętości jest istotnie większe w okolicach ciemieniowych i w hipokampie, co przejawia się osłabieniem orientacji i pamięci przestrzennej (Gur i wsp. 2002). Badania wskazują także na różnice w lateralizacji, która jest większa u mężczyzn – większa objętość istoty szarej znajduje się zazwyczaj w półkuli lewej, powszechnie uznawanej za odpowiedzialną za analizę, logikę i planowanie. Nasilenie lateralizacji u mężczyzn jest stabilne w czasie, natomiast u płci żeńskiej zależy ono od cyklu i aktywności hormonalnej (Lenroot i Giedd 2010). Mózgi kobiet charakteryzują się również większą liczbą połączeń międzypółkulowych, grubsze jest spoidło wielkie (o ok. 12%). W mózgu męskim dominują połączenia wewnątrzpółkulowe, łączące tylne i przednie części mózgu (Ingalhalikar i wsp. 2014). Choć większość dostępnej literatury nie wskazuje na znaczne dysproporcje w poszczególnych struk-

turach mózgowia, zauważono kilka istotnych różnic, mianowicie większy hipokamp u kobiet, za to u mężczyzn większe ciało migdałowate (Vetulani 2016a). U młodych mężczyzn stwierdzono także istotnie większe śródmiaższowe jądro przedniego podwzgórza (*interstitial nucleus of the anterior hypothalamus* – INAH-3) (Byne i wsp. 2000).

Obok biologicznego podłoża różnic międzypłciowych istnieją inne czynniki w znaczny sposób modyfikujące nasze biologiczne predyspozycje. Istotny wpływ na rozwój wielu zaburzeń psychicznych mają kulturowe schematy męskości i kobiecości. Według obowiązującego w naszej kulturze schematu mężczyzna powinien być powściągliwy emocjonalnie (nie okazywać lęku czy smutku), winien być zdystansowany wobec świata i ludzi, zadaniowy, asertywny i agresywny. Z kolei kobieta powinna być emocjonalna, zależna, skoncentrowana na relacjach interpersonalnych, ale również na ciele, seksualności i standardach urody, otwarcie wyrażająca lęk i smutek, ale ograniczająca ekspresję złości i agresji (Chaplin i Aldao 2013; Sanson i wsp. 1993). Schematy te doprowadzają do stosowania innych standardów wychowania kierowanych do chłopców i dziewczynek. Chłopców uczy się niezależności i aktywności, wpaja się im nadrzędną rolę w społeczeństwie, przekonuje o sile i nieograniczonych możliwościach, jednocześnie blokuje się rozwój zachowań wyrażających słabość, bezradność, nadmierną emocjonalność. W toku socjalizacji są oni nagradzani za aktywność i uczy się ich, jak radzić sobie z problemami. W procesie ich wychowania kładziony jest większy nacisk na osiągnięcie celów i rywalizację. Są częściej zachęceni do panowania nad swoimi uczuciami, do niezależności, a ich rodzice mają większą skłonność do karania ich za przewinienia (Eagly i wsp. 2000). W konsekwencji takiego wychowania otrzymują mniej pieśczęt i czułości, chociaż więcej zainteresowania swoimi osiągnięciami. Dziewczętom pozwala się na okazywanie uczuć i kultywowanie więzi przy równoczesnym hamowaniu zachowań, których oczekuje się od chłopców (Dudek 2016).

Wszystkie te różnice implikują odmienności w występowaniu i przebiegu zaburzeń psychicznych, kształtując swoistą podatność na niektóre zaburzenia i stanowiąc nierzadko ich czynniki ryzyka.

Zaburzenia depresyjne

Kobiety w porównaniu z mężczyznami są bardziej narażone na rozwój m.in. dystymii,

depresji atypowej, depresji sezonowej oraz nawracających zaburzeń depresyjnych z początkiem już w okresie dojrzewania (Piccinelli i Wilkinson 2000). Częstość występowania depresji u kobiet jest 1,5–3 razy (średnio 2 razy) większa niż u mężczyzn (Sagud i wsp. 2002). W badaniu EZOP na populacji polskiej stwierdzono, że różnice w rozpowszechnieniu są większe w wyższych grupach wiekowych (Kiejna i wsp. 2015). Kobiety są częściej hospitalizowane, a epizody wykazują dłuższy czas trwania. W tej grupie istnieją również większe ryzyko chroniczności i mniejsza szansa spontanicznej remisji (Piccinelli i Wilkinson 2000). U kobiet obserwuje się również tendencję do podejmowania prób samobójczych nieco częściej niż u mężczyzn (Schuch i wsp. 2014). Parker i wsp. nie stwierdzili istotnych różnic międzypłciowych w zakresie nasilenia objawów depresyjnych w nawracających zaburzeniach depresyjnych. Odnotowali jednak większe nasilenie depresji u kobiet z chorobą afektywną dwubiegunową, choć wyniki ogólne uzyskane za pomocą skal DMI-10 i QIDS-SR nadal okazały się niskie (Parker i wsp. 2014). Różnice w liczbie i rodzajach objawów mogą być jednak znamienne. Na podstawie badań prowadzonych na Gotlandii, podczas których stwierdzono, że edukacja lekarzy rodzinnych poskutkowała znaczącym zmniejszeniem liczby samobójstw kobiet, nie wpływając jednak w znaczący sposób na liczbę samobójstw mężczyzn, ukuto koncepcję męskiego zespołu depresyjnego. Charakteryzuje się on niską tolerancją stresu, zachowaniami o charakterze *acting out*, niską kontrolą impulsów, nadużywaniem substancji i dziedzicznym obciążeniem chorobami depresyjnymi, alkoholizmem i samobójstwem (Wålinder i Rutz 2001). U kobiet z kolei wśród najczęściej zgłaszanych objawów występuje zwiększony poziom stresu, drażliwość, problemy ze snem i utrata zainteresowania, które wykazują istotnie większe nasilenie niż u mężczyzn (Martin i wsp. 2013).

Szczególnej uwagi wymaga również depresja atypowa, której objawy stwarzają nieraz większy problem diagnostyczny. Badania wskazują na częstsze występowanie i większe nasilenie takich objawów depresji atypowej, jak nadmierne łaknienie, przyrost masy ciała i uczucie „paraliżu ołowianego” w grupie kobiet (Buzuk i wsp. 2016).

Jeśli chodzi o czynniki ryzyka, obserwowanych różnic w zaburzeniach depresyjnych nie tłumaczy ani liczba stresorów życiowych, ani sposób ich doświadczania, zarówno na poziomie poznawczym, jak i biologicznym, gdy mowa

o biologicznej odpowiedzi na stres. Możliwe jednak, że częściowo za różnice międzypłciowe odpowiada oś podwzgórzowo-przysadkowa (HPA) i hormony jajnikowe, które regulują odpowiedź kobiecego organizmu na stres poprzez regulację poziomu ACTH i kortyzolu. Obserwacje większej dysregulacji osi HPA u depresyjnych kobiet niż u depresyjnych mężczyzn wspierają tę tezę (Young i Korszun 2010).

U kobiet szczególne znaczenie mają również czynniki związane z gospodarką hormonalną i rozrodczością *per se*. Specyficznymi dla grupy kobiecej zaburzeniami związanymi z tymi aspektami są depresja poporodowa oraz depresja w okresie menopauzy. Depresja poporodowa charakteryzuje się występowaniem objawów typowych dla epizodu depresyjnego, ale jest wyodrębniana jako stan związany z narodzeniem dziecka (Malus i wsp. 2016). Z kolei depresja w okresie menopauzy dotyczy nawet 20% kobiet w którymś momencie przekwitania – badania wykazały na ogół zwiększone ryzyko depresji w okresie okołomenopauzalnym z obniżeniem ryzyka w kolejnych latach po menopauzie (Dalal i Agarwal 2015). Silny związek objawów depresyjnych wykazano także z przedmiesiączkowymi zaburzeniami dysforycznymi (Harlow i wsp. 1999).

Płeć może być również istotnym czynnikiem, który należy brać pod uwagę w planowaniu farmakoterapii. Wykazano, że zmniejszenie ekspresji i hamowanie wielu enzymów I fazy metabolizmu leków przeciwdepresyjnych u kobiet powoduje zwiększenie stężenia tych leków w surowicy. Hormony, m.in. estrogen, także mogą modulować efekt leków przeciwdepresyjnych, a tym samym wpływać na reakcję na leczenie u kobiet w wieku rozrodczym (Keers i Aitchison 2010).

Zaburzenia afektywne dwubiegunowe

Większość badań wykazuje porównywalną częstość występowania choroby afektywnej dwubiegunowej (ChAD) u obu płci, jednak u kobiet istnieje zwiększone ryzyko występowania choroby typu II, ChAD z szybką zmianą faz i epizodów mieszanych. Wydaje się, że późniejszy jest u nich wiek zachorowania, ze szczytem zachorowalności przypadającym na piątą dekadę życia (Arnold 2003; Kawa i wsp. 2005). Mężczyźni częściej hospitalizowani są z powodu epizodów maniakałnych niż depresyjnych, z częściej współistniejącym uzależnieniem od substancji psychoaktywnych, podczas gdy kobiety częściej diagnozowane są z powodu epi-

zodów depresyjnych (Vega i wsp. 2011; Kawa i wsp. 2005), które nierzadko opóźniają diagnozę ChAD z powodu stawiania wstępnej diagnozy depresji. Mimo to część badań nie wykazała różnic w częstości diagnozowanych epizodów u obu płci, za to wykazując częstsze hospitalizacje kobiet z powodu manii (Arnold 2003). Istnieją również nieliczne doniesienia, oparte na małych grupach osób badanych, sugerujące większą częstość występowania psychozy afektywnej u kobiet (Amminger i wsp. 2006; ElTayebani i wsp. 2014). Choć badania dotyczące różnic międzypłciowych w symptomatologii choroby afektywnej dwubiegunowej są znikome, powtarzającymi się różnicami są częstszy przyrost masy ciała i wzrost apetytu u kobiet (Kawa i wsp. 2005).

Istotnym czynnikiem różnicującym jest życie reprodukcyjne, którego najsilniejszy wpływ przypada na okres ciąży i okres poporodowy u kobiet (Diflorio i Jones 2010). W przypadku leczenia mężczyźni rzadziej stosują się do zaleceń niż kobiety, jednak ryzyko to wzrasta u singielek i kobiet z wczesnym początkiem choroby (Vega i wsp. 2011).

Choroba afektywna dwubiegunowa obarczona jest również większym ryzykiem prób samobójczych, szczególnie u dzieci i młodzieży. Wykazano, że dziewczęta miały myśli samobójcze dwa razy częściej niż chłopcy i aż trzy razy częściej podejmowały próby samobójcze, jednak po 17. roku życia wskaźnik ten staje się wyższy u chłopców (Rajewska-Rager i wsp. 2015).

Zaburzenia lękowe

Znaczna większość literatury wskazuje na większą częstość występowania zaburzeń lękowych u kobiet (Vesga-López i wsp. 2008). Według *National Comorbidity Survey*, badania przeprowadzonego w latach 1990–1992, zaburzenia lękowe występują w ciągu życia u 30,5% kobiet, a tylko u 19,2% mężczyzn. Wśród zaburzeń lękowych częściej występujących u kobiet znalazły się napady paniki, agorafobia, fobie specyficzne, fobia społeczna, zespół lęku uogólnionego i zaburzenia stresowe pourazowe (*posttraumatic stress disorder* – PTSD). Spośród wymienionych jedynie w przypadku lęku społecznego stwierdzono pewną zmienność wyników i w nowszych doniesieniach nie wykazano różnic międzypłciowych w częstości występowania (Mclean i wsp. 2011). Nie zaobserwowano również większych różnic w wieku zachorowania i przewlekłości choroby. U kobiet, które zostały zdiagnozowane w kierunku zaburzeń lękowych, istnieje jednak większe

prawdopodobieństwo drugiej diagnozy zaburzenia lękowego lub bulimii czy zaburzeń nastroju, zaś u mężczyzn z zaburzeniem lękowym częściej obserwuje się współchorobowość z uzależnieniem od substancji czy ADHD (Vesga-López i wsp. 2008; Mclean i wsp. 2011). Kobiety zgłaszają większą liczbę objawów stanowiących kryteria diagnostyczne i związanych z nimi objawów somatycznych (tj. autonomicznych, sercowo-naczyniowych, dotyczących układu oddechowego i przewodu pokarmowego), zaś diagnoza u nich wiąże się z większą inwalidyzacją (Vesga-López i wsp. 2008).

Ponadto zaburzenia lękowe wiążą się z większym obciążeniem chorobowym u kobiet niż u mężczyzn (Mclean i wsp. 2011). Mężczyźni z diagnozą lęku uogólnionego cechują się częstszym stosowaniem alkoholu i innych leków niż zalecane przez lekarza w celu złagodzenia objawów, np. w GAD. Według części doniesień mężczyźni w mniejszym stopniu stosują się do leczenia, choć wskaźniki te są niskie dla obu płci (Vesga-López i wsp. 2008).

Czynniki ryzyka zaburzeń lękowych również wykazują zmienność w zależności od płci. W przypadku PTSD jest bardziej prawdopodobne, że u kobiet rozwinię się choroba po traumie, mimo podobnych odsetków doświadczeń takiej traumy (Young i Korszun 2010).

Schizofrenia

Mężczyźni zagrożeni psychozą cechują się większym nasileniem prodromalnych objawów o negatywnym charakterze przed wystąpieniem pełnoobjawowej psychozy niż kobiety, co utrudnia ich wykrycie w odniesieniu do obecnych kryteriów ryzyka psychozy, ukierunkowanych na pozytywne objawy atenuowane (Barajas i wsp. 2015). Średni współczynnik zachorowalności mężczyzn do kobiet na schizofrenię wynosi 1,42, tj. w grupie mężczyzn odnotowuje się ok. 42% więcej przypadków niż w grupie kobiet, choć większość badań nie wykazuje istotnych różnic międzypłciowych w tym zakresie (Falkenburg i Tracy 2014; Ochoa i wsp. 2012). Charakterystyczna jest przewaga zachorowań mężczyzn w populacji osób w trzeciej dekadzie życia oraz przewaga kobiet w przypadku zachorowań w starszym wieku. Mężczyźni wykazują prawdopodobnie drugi szczyt zachorowania w średnim wieku, jednak u kobiet szczyt ten jest wyraźniejszy (Abel i wsp. 2010). Zaobserwowano również różnice w zakresie wglądu w charakter objawów. W wielośrodkowym badaniu na populacji hiszpańskiej i meksykańskiej kobiety

wykazywały mniejszą świadomość zaburzeń myślenia i alogii oraz nieprawidłową atrybucję doświadczanej apatii. Czynnikiem, które wyjaśniały te deficyty, były większy odsetek deficytów poznawczych i objawów pozytywnych, wczesne stadium choroby czy związek małżeński. Z kolei u mężczyzn brak wglądu najlepiej wyjaśniał starszy wiek, gorsze funkcjonowanie ogólne czy inna wcześniej postawiona diagnoza zaburzeń psychiatrycznych (Cobo i wsp. 2016). Kobiety wykazują za to lepsze wyniki w obszarze poznania społecznego i uwagi (Pérez-Garza i wsp. 2016). Mimo mniejszego wglądu u kobiet we wczesnym stadium choroby, to wśród mężczyzn ciężki przebieg pierwszego epizodu schizofrenii (oceniany za pomocą skali GAF) zdaje się być związany z wyższym ryzykiem hospitalizacji w następnych 2 latach (Köhler i wsp. 2016).

Mężczyźni bardziej stosują się do leczenia (Pérez-Garza i wsp. 2016), jednak to kobiety – zwłaszcza te przed menopauzą – wydają się lepiej reagować na typowe leki przeciwpsychotyczne w porównaniu z mężczyznami i kobietami po menopauzie (Canuso i Pandina 2007). Według badań na chińskiej populacji pacjentów, zaobserwowano odmienne korelaty postaw wobec leków przeciwpsychotycznych. U mężczyzn były to m.in. czynniki demograficzne (beźność i wiejski obszar zamieszkania), kliniczne (długość choroby), świadomość leczenia i psychopatologia (podskala wrogości SCL-90). U kobiet z kolei była to jedynie wiedza dotycząca leczenia i psychopatologia (podskala lęku i somatyzacji SCL-90) (Zhou i wsp. 2016).

Zaburzenia ze spektrum autyzmu

Dotychczasowe badania wskazują na silną tendencję do występowania zaburzeń związanych ze spektrum autyzmu (*autistic spectrum disorder* – ASD) przede wszystkim u mężczyzn. Przewagę przypadków ASD u mężczyzn mogą tłumaczyć warianty liczby powtórzeń (*copy number variants* – CNV) w genach znajdujących się na chromosomie X (Rybakowski i wsp. 2016). Częstość występowania ASD i zaburzeń wchodzących w skład obecnie przyjętego spektrum, m.in. zespołu Aspergera (ZA), jest średnio czterokrotnie wyższa wśród mężczyzn niż u kobiet (Werling i Geschwind 2013; Kasperek-Zimowska i wsp. 2016). Najnowsze doniesienia nadal wykazują dużą przewagę płci męskiej w ASD, ale sugerują również, że różnice międzypłciowe w prezentacji fenotypowej, w tym mniej restrykcyjnych i powtarzających się zachowań oraz zewnętrznych problemów behawioralnych

u kobiet mogą przyczyniać się do obserwowanej tendencji (Werling i Geschwind 2013). Liczba kobiet z rozpoznaniem ASD jest zazwyczaj niedoszacowana w grupie pacjentów o wyższym IQ. Ponadto kobiety z rozpoznaniem ASD i IQ w przeciętnym zakresie wykazują bardziej adekwatne zachowania społeczne w porównaniu z mężczyznami z ASD (Halladay i wsp. 2015). Z kolei płć męska charakteryzuje się zwiększonym ryzykiem samookaleceń u pacjentów niepełnoletnich (Kądziała-Olech i wsp. 2015). Różnice międzypłciowe są zazwyczaj obserwowane w wieku szkolnym i w okresie dojrzewania, z większym podobieństwem charakteru objawów w młodszym wieku. Literatura dotycząca tych różnic jest jednak ograniczona, co sprawia, że trudno jest rozróżnić, czy, w jaki sposób i w jakim punkcie rozwoju kobiety z zaburzeniem ze spektrum autyzmu rzeczywiście wykazują inną prezentację behawioralną niż mężczyźni (Jamison i wsp. 2017).

Zaburzenia osobowości

Najbardziej uderzające różnice międzypłciowe dotyczą antyspołecznego zaburzenia osobowości, które występuje czterokrotnie częściej u mężczyzn (Janus i Szulc 2016). Wśród mężczyzn częściej stawiana jest również diagnoza osobowości schizoidalnej, a wśród kobiet osobowości histrionicznej, lękliwej i zależnej (Frąckowiak-Sochańska 2011). Część badań wskazuje także na większą częstość zaburzeń osobowości typu *borderline* (*borderline personality disorder* – BPD) w tej grupie (Paris 2004), jednak nowsze doniesienia nie wykazują istotnej różnicy w zakresie częstości ich występowania. Może wiązać się to z innym obrazem tego zaburzenia, który wykazuje znaczne różnice międzypłciowe. Mężczyźni z zaburzeniem osobowości typu *borderline* charakteryzują się wybuchowym temperamentem, a także wysokim poziomem poszukiwania nowości i unikania szkody, podczas gdy kobiety z tym zaburzeniem charakteryzują się wysokim poziomem unikania szkody, ale nie poszukiwania nowości (de Cos 2015; Sansone i Sansone 2011).

Znacznym utrudnieniem metodologicznym jest prowadzenie badań na grupie pacjentów hospitalizowanych z powodu innych zaburzeń psychiatrycznych, najczęściej nawracających zaburzeń depresyjnych (Golomb i wsp. 1995; Carter i wsp. 1999).

Uzależnienia

Różnice międzypłciowe są obecne na wszystkich etapach uzależnienia od substancji psy-

choaktywnych (inicjacja, nasilenie stosowania, uzależnienie i powrót do nałogu po okresie abstynencji). Pomimo istnienia pewnych różnic między poszczególnymi klasami nadużywanych substancji, ogólny schemat różnic międzypłciowych jest taki sam dla wszystkich substancji związanych z nadużywaniem. Kobiety zaczynają regularnie nadużywać legalnych i nielegalnych substancji w niższych dawkach niż mężczyźni, w tej grupie dochodzi również szybciej do eskalacji uzależnienia i częstszego przerywania abstynencji (Becker i Hu 2008), co może być związane z większym nasileniem objawów odstawiennych w tym okresie (Becker 2016). Aczkolwiek w większości grup wiekowych to właśnie mężczyźni mają wyższe wskaźniki stosowania lub uzależnienia od narkotyków i alkoholu niż kobiety (SAMHSA 2014), mimo że prawdopodobieństwo uzależnienia jest jednakowe (Anthony i wsp. 1994). W populacji osób nadużywających narkotyków stwierdzono również różnice w obrazie autodestruktywności bezpośredniej u mężczyzn i kobiet (Tsirigotis i wsp. 2015).

Szczególnym typem uzależnienia od substancji jest zespół uzależnienia alkoholowego (ZUA). Prawdopodobieństwo wystąpienia czynników ryzyka związanych z nadmiernym spożywaniem alkoholu jest istotnie mniejsze u kobiet niż u mężczyzn. Czynnikiem ryzyka u płci męskiej są m.in. agresywność, picie w celu zmniejszenia cierpienia, niewystarczająca kontrola zachowania, poszukiwanie doznań i cechy antyspołeczne, kobiety zaś wykazują takie czynniki protekcyjne, jak postrzeganie większych sankcji społecznych związanych z piciem (Nolen-Hoeksema 2001). Jednakże pomimo większego narażenia u mężczyzn, ZUA wydaje się cechować cięższym przebiegiem u kobiet, skutkującym poważniejszymi konsekwencjami (Foster i wsp. 2015).

Podsumowanie

Podsumowane w niniejszej pracy badania wskazują na istnienie różnic międzypłciowych w każdej z grup w zakresie zapadalności, przebiegu bądź charakterystyki objawów obserwowanych u obu płci. Badań skupiających się na różnicach międzypłciowych w zaburzeniach psychicznych jest niestety nadal relatywnie mało, zaś obserwowane odmienności okazują się nie mieć odzwierciedlenia w stosowanych skalach diagnostycznych oraz kryteriach klinicznych ujętych w DSM czy ICD. Zrozumienia różnic międzypłciowych nie ułatwia problem identyfikacji różnic na poziomie strukturalnym i funkcjonalnym ośrodkowego układu nerwowego

(OUN). Mimo to analiza różnic międzypłciowych i dotychczas uzyskane dane pozwalają choć trochę przybliżyć się do lepszego zrozumienia epidemiologii zaburzeń psychicznych oraz podejmować lepsze decyzje kliniczne i decydować o bardziej adekwatnym leczeniu, zwłaszcza w grupach o niedoszacowanym występowaniu poszczególnych zaburzeń.

Piśmiennictwo

1. Abel KM, Drake R, Goldstein JM. Sex differences in schizophrenia. *Int Rev Psych* 2010; 22: 417-428.
2. Afifi M. *Gender Differences in Mental Health*. Singapore Med J 2007; 48: 385-391.
3. Amminger GP, Leicester S, Yung AR, et al. Early-onset of symptoms predicts conversion to non-affective psychosis in ultra-high risk individuals. *Schizophr Res* 2006; 84: 67-76.
4. Anthony JC, Warner LA, Kessler RC. Comparative epidemiology of dependence on tobacco, alcohol, controlled substances, and inhalants: Basic findings from the National Comorbidity Survey. *Exp Clin Psychopharmacol* 1994; 2: 244-268.
5. Arnold LM. Gender differences in bipolar disorder. *Psychiatr Clin North Am* 2003; 26: 595-620.
6. Barajas A, Ochoa S, Obiols JE, Lalucat-Jo L. Gender differences in individuals at high-risk of psychosis: a comprehensive literature review. *ScientificWorldJournal* 2015; 2015: 430735.
7. Becker JB. Sex differences in addiction. *Dialogues Clin Neurosci* 2016; 18: 395-402.
8. Becker JB, Hu M. Sex differences in drug abuse. *Front Neuroendocrinol* 2008; 29: 36-47.
9. Buzuk G, Łojko D, Owecki M, et al. Depression with atypical features in various types of affective. *Psychiatr Pol* 2016; 50: 827-838.
10. Byne W, Lasco MS, Kemether E, et al. The interstitial nuclei of the human anterior hypothalamus: an investigation of sexual variation in volume and cell size, number and density. *Brain Res* 2000; 856: 254-258.
11. Canuso CM, Pandina G. Gender and schizophrenia. *Psychopharmacol Bull* 2007; 40: 178-190.
12. Carter JD, Joyce PR, Mulder RT, et al. Gender differences in the frequency of personality disorders in depressed outpatients. *J Pers Disord* 1999; 13: 67-74.
13. Chaplin TM, Aldao A. Gender differences in emotion expression in children: a meta-analytic review. *Psychological Bull* 2013; 139: 735-765.
14. Cobo J, Nieto L, Ochoa S, et al. Insight and gender in schizophrenia and other psychoses. *Psychiatry Res* 2016; 243: 268-277.
15. de Cos EG. Gender Differences in Personality Disorders. W: *Psychopathology in Women: Incorporating Gender Perspective into Descriptive Psychopathology*. M Sáenz-Herrero (red.). Springer, Cham 2015; 679-686.
16. Dalal PK i Agarwal M. Postmenopausal syndrome. *Indian J Psychiatry* 2015; 57 (Suppl 2): S222-232.
17. Difflorio A, Jones I. Is sex important? Gender differences in bipolar disorder. *Int Rev Psychiatry* 2010; 22: 437-452.
18. Dudek D. Prawdziwi mężczyźni też płaczą, czyli czy depresja naprawdę jest kobietą. W: *Psychiatria pod krawatem*. Dudek D, Rymaszewska J (red.). Medical Education, Warszawa 2016; 179-202.

19. Eagly AH, Wood W, Diekmann AB. Social Role Theory of Sex Differences and Similarities: Current Appraisal. W: *The Developmental Social Psychology of Gender*. Eckes T, Trautner HM (red.). Lawrence Erlbaum Associates, Mahwah, New Jersey 2000; 123-174.
20. ElTayebani M, ElGamal M, Roshdy R, Al-Khadary S. Gender difference in affective and nonaffective psychosis. *Egypt J Psychiatry* 2014; 35: 45-55.
21. Falkenburg J, Tracy DK. Sex and schizophrenia: a review of gender differences. *Psychosis* 2014; 6: 61-69.
22. Foster KT, Hicks BM, Iacono WG, McGue M. Gender differences in the structure of risk for alcohol use disorder in adolescence and young adulthood. *Psychol Med* 2015; 45: 3047-3058.
23. Frąckowiak-Sochańska M. Zdrowie psychiczne kobiet i mężczyzn. Płeć społeczno-kulturowa a kategorie „zdrowia psychicznego” i „chorób psychicznych”. *Now Lek* 2011; 80: 394-406.
24. Główny Urząd Statystyczny, 2017. Przeciętne dalsze trwanie życia w latach 1950-2016. Dostępne na: <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/trwanie-zycia/trwanie-zycia-tablice,1,1.html>.
25. Golomb M, Fava M, Abraham M, Rosenbaum JF. Gender differences in personality disorders. *Am J Psychiatry* 1995; 152: 579-582.
26. Gur RC, Gunning-Dixon FM, Turetsky BI. Brain region and sex differences in age association with brain volume: a quantitative MRI study of healthy young adults. *Am J Geriatr Psychiatry* 2002; 10: 72-80.
27. Halladay AK, Bishop S, Constantino JN, et al. Sex and gender differences in autism spectrum disorder: summarizing evidence gaps and identifying emerging areas of priority. *Mol Autism* 2015; 6: 36.
28. Harlow BL, Cohen LS, Otto MW, et al. Prevalence and Predictors of Depressive Symptoms in Older Premenopausal Women. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56: 418.
29. Ingahlhalikar M, Smith A, Parker D, et al. Sex differences in the structural connectome of the human brain. *Proc Natl Acad Sci U S A* 2014; 111: 823-828.
30. Jamison R, Bishop SL, Huerta M, Halladay AK. The clinician perspective on sex differences in autism spectrum disorders. *Autism* 2017; 21: 772-784.
31. Janus M, Szulc A. Seksualność osób dysocjalnych. *Psychiatr Pol* 2016; 50: 187-196.
32. Kasperek-Zimowska BJ, Zimowski JG, Biernacka K, et al. Impaired social cognition processes in Asperger syndrome and anorexia nervosa. In search for endophenotypes. *Psychiatr Pol* 2016; 50: 533-542.
33. Kawa I, Carter JD, Joyce PR, et al. Gender differences in bipolar disorder: Age of onset, course, comorbidity, and symptom presentation. *Bipolar Disor* 2005; 7: 119-125.
34. Kądziała-Olech H, Żak G, Kalinowska B, et al. Częstość zamierzonych samookaleceń bez intencji samobójczych – Nonsuicidal Self-Injury (NSSI) wśród uczniów szkół ponadpodstawowych w odniesieniu do wieku i płci. *Psychiatr Pol* 2015; 49: 765-778.
35. Keers R, Aitchison KJ. Gender differences in antidepressant drug response. *Int Rev Psychiatry* 2010; 22: 485-500.
36. Kiejna A, Piotrowski P, Adamowski T, et al. Rozpowszechnienie wybranych zaburzeń psychicznych w populacji dorosłych Polaków z odniesieniem do płci i struktury wieku – badanie EZOP Polska. *Psychiatr Pol* 2015; 49: 15-27.
37. Köhler O, Horsdal HT, Baandrup L, et al. Association between Global Assessment of Functioning scores and indicators of functioning, severity, and prognosis in first-time schizophrenia. *Clin Epidemiol* 2016; 8: 323-332.
38. Lenroot RK, Giedd JN. Sex differences in the adolescent brain. *Brain Cogn* 2010; 72: 46-55.
39. Matus A, Szyluk J, Galińska-Skok B, Konarzewska B. Występowanie depresji poporodowej a jakość relacji w związku. *Psychiatr Pol* 2016; 50: 1135-1146.
40. Martin LA, Neighbors HW, Griffith DM. The Experience of Symptoms of Depression in Men vs Women. *JAMA Psychiatry* 2013; 70: 1100.
41. Mclean CP, Asnaani A, Litz BT, Hofmann SG. Gender differences in anxiety disorders: prevalence, course of illness, comorbidity and burden of illness. *J Psychiatr Res* 2011; 45: 1027-1035.
42. Nolen-Hoeksema S. Gender Differences in Depression. *Current Directions in Psychological Science* 2001; 10: 173-176.
43. Ochoa S, Usall J, Cobo J, Labad X, Kulkarni J. Gender Differences in Schizophrenia and First-Episode Psychosis: A Comprehensive Literature Review. *Schizophr Res Treat* 2012; 2012: 1-9.
44. Paris J. Gender differences in personality traits and disorders. *Curr Psychiatry Rep* 2004; 6: 71-74.
45. Parker G, Fletcher K, Paterson A, et al. Gender differences in depression severity and symptoms across depressive sub-types. *J Affect Disord* 2014; 167: 351-357.
46. Pérez-Garza R, Victoria-Figueroa G, Ulloa-Flores RE. Sex Differences in Severity, Social Functioning, Adherence to Treatment, and Cognition of Adolescents with Schizophrenia. *Schizophr Res Treat* 2016; 2016: 1-7.
47. Piccinelli M, Wilkinson G. Gender differences in depression. *Critical review. Br J Psychiatry* 2000; 177: 486-492.
48. Pinn VW. Implications for Health and Clinical Practice. *JAMA* 2003; 289: 397-400.
49. Rajewska-Rager A, Lepczyńska N, Sibilski P. Czynniki ryzyka samobójstw u dzieci i młodzieży ze spektrum choroby i chorobą afektywną dwubiegunową o wczesnym początku. *Psychiatr Pol* 2015; 49: 477-488.
50. Rybakowski, Chojnicka I, Dziechciarz P, et al. Znaczenie czynników genetycznych oraz przed- i okołoporodowych w etiologii zaburzeń ze spektrum autyzmu – wskazania do konsultacji genetycznej. *Psychiatr Pol* 2016; 50: 543-554.
51. Sagud M, Hotujac LJ, Mihaljević-Peles A, Jakovljević M. Gender differences in depression. *Coll Antropol* 2002; 26: 149-157.
52. SAMHSA 2014. Treatment Episode Data Set (TEDS): 2002-2012. National Admissions to Substance Abuse Treatment Services.
53. Sanson A, Prior M, Smart D, Oberklaid F. Gender Differences in Aggression in Childhood: Implications for a Peaceful World. *Australian Psychologist* 1993; 28: 86-92.
54. Sansone RA, Sansone LA. Gender patterns in borderline personality disorder. *Innov Clin Neurosci* 2011; 8: 16-20.
55. Schuch JJ, Roest AM, Nolen WA, et al. Gender differences in major depressive disorder: Results from the Netherlands study of depression and anxiety. *J Affect Disord* 2014; 156: 156-163.
56. Terribilli D, Schaufelberger MS, Duran FLS, et al. Age-related gray matter volume changes in the brain during non-elderly adulthood. *Neurobiol Aging* 2011; 32: 354-368.
57. Tsirigotis K, Gruszczyński W, Tsirigotis-Maniecka M. Zróżnicowanie autodestruktywności pośredniej ze względu na płeć u osób po próbach samobójczych. *Psychiatr Pol* 2015; 49: 529-542.
58. Vega P, Barbeito S, Ruiz de Azúa S, et al. Bipolar disorder differences between genders: special considerations for women. *Womens health (Lond)* 2011; 7: 663-674.
59. Vesga-López O, Schneier FR, Wang S, et al. Gender differences in generalized anxiety disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). *J Clin Psychiatry* 2008; 69: 1606-1616.

60. Vetulani J. Mózg męski i mózg żeński. W: *Psychiatria na obcasach*. Dudek D, Rymaszewska J (red.). Medical Education, Warszawa 2016a; 9-30.
61. Vetulani J. U mężczyzn płęć też zaczyna się od mózgu. W: *Psychiatria pod krawatem*. Dudek D, Rymaszewska J (red.). Medical Education, Warszawa 2016b; 9-30.
62. Wälinder J, Rutz W. Male depression and suicide. *International clinical psychopharmacology* 2001; 16 (Suppl 2): S21-24.
63. Werling DM, Geschwind DH. Sex differences in autism spectrum disorders. *Curr Opin Neurology* 2013; 26: 146-153.
64. Young E, Korszun A. Sex, trauma, stress hormones and depression. *Mol Psychiatry* 2010; 15: 23-28.
65. Zhou J, Xiang YT, Li Q, et al. Gender differences in attitudes towards antipsychotic medications in patients with schizophrenia. *Psychiatry Res* 2016; 245: 276-281.