

Könsskillnader vid ischemisk hjärtsjukdom

Män löper påtagligt högre risk än kvinnor att dö i koronarkärslssjukdom i aktiva åldrar. Detta kan spekulativt sammankopplas med vissa riskfaktorer för hjärt-kärslsjukdomar bl a rökning och obehandlad hypertoni. Man kan spekulera vidare över om detta har samband med könsrolls-beteende hos mannen. Trycker han i sin manlighet ned sin angina för att i stället avlida i sin infarkt?

Män löper påtagligt högre risk än kvinnor att dö i koronarkärslssjukdom i aktiva åldrar. Skillnaden avtar med ökande ålder. I åldersgrupperna under 45–49 år är antalet döda för lågt för att en jämförelse skall vara meningsfull. I åldersgruppen 55–59 år t ex är c:a 82 % av dem som dör i ischemisk hjärtsjukdom män och endast 18 % kvinnor.

Det har hävdats att denna skillnad kan betingas av ett hormonellt skydd hos kvinnan, vilket försvinner efter klimakteriet (östrogeneffekt). Om detta råder dock inte enighet. Dels menar man är hjärtinfarkt ovanlig för båda könen före 45 års ålder, dels har vissa folkslag likartad dödlighet i koronarkärslssjukdom bland män och kvinnor. Det är också svårt att tänka sig att östrogenskyddet selektivt skulle gälla infarkt och inte angina pectoris, där ingen könsskillnad föreligger.

En eventuell östrogeneffekt kan inte heller förklara en annan skillnad: Medan männens dödlighet i koronarkärslssjukdom stiger år från år, tenderar kvinnans motsvarande dödlighet att sjunka eller är åtminstone stabil.

Hur kan denna skillnad förklaras?

En rad sk riskfaktorer har ingående studerats i ett stort antal undersökningar. Exempel på sådana är hyperlipidemi, hypertension, övervikt, rökning, låg fysisk aktivitet, diabetes mellitus, urinsyrastegring, högt hemoglobinvärde. Av dessa visar endast rökning en överrepresentation för mannen. Kvinnans

rökvanor tycks tendera att öka. Ingen könsskillnad har påvisats beträffande förhöjt blodtryck. Det är dock visat att manliga hypertoniker oftare än kvinnliga är obehandlade, och att obehandlade hypertoniker löper större risk att dö i koronarkärslssjukdom än behandlade.

Flera undersökningar har givit vid handen att ingen direkt kausalitet föreligger mellan rökning och koronarkärslssjukdom. Det pekar på, att någon bakomliggande faktor har affinitet till såväl koronarkärslssjukdom som till rökning.

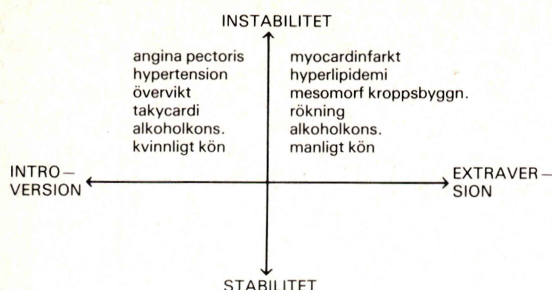
Psykosociala störningar av olika slag förefaller vara en sådan faktor. Floderus (8) har i tvillingstudier funnit stöd för antagandena, att samband föreligger mellan psykosocial störning och angina pectoris resp. dödlighet i koronarkärslssjukdom resp. total dödlighet. Dessa samband har visat sig vara oberoende av rökning, genetiska faktorer och tidig miljöpåverkan. Samband påvisas också mellan psykosocial störning och olika riskfaktorer (rökning, excessiv alkoholkons., minskad fysisk aktivitet, diastolisk hypertension, diabetes mellitus, förhöjda blodfettvärden).

Man kan dela in de faktorer, som har samband med koronarkärslssjukdom i tre huvudgrupper, psykosociala faktorer (1), beteendemässiga faktorer (2) samt somatiska faktorer (3).

Exempel på psykosociala faktorer är problem i äktenskapet eller på arbetsplatsen och finansiella problem. Till de beteendemässiga faktorerna räknas rökning, excessiv alkoholkonsumtion, patologiskt ätande, hårt arbete och nedatt fysisk aktivitet. Somatiska faktorer är takykardi, hyperlipidemi, hypertension och diabetes mellitus.

I samma undersökning har olika riskfaktorer hos personer med psykosocial störning korrelerats till en "personlighetsvariabel" (introversion-extroversion). Gruppen "utåtriktade personligheter" visade en preferens för myocardininfarkt, hyperlipidemi, mesomorf kroppsbyggnad, rökning, alkoholkonsumtion och manligt kön. Gruppen "introverta per-

Fig 1. Samband mellan psykologiska beteendemässiga och somatiska faktorer.



sonligheter” visade preferens för angina pectoris, hypertension, takycardi och kvinnligt kön. (Fig 1)

Två riskfaktorer har redan angivits visa en könsdifferens till männens nackdel, rökning och obehandlad hypertoni. Båda kan i detta sammanhang räknas till gruppen beteendemässiga faktorer. Det är ju tendensen att inte behandla sin hypertoni som visar könsskillnad, inte hypertoni i sig.

Det är inte troligt att dessa faktorer till någon väsentligt grad kan förklara den existerande och ökande skillnaden mellan män och kvinnor med hänsyn till dödlighet i koronarkärslsjukdom. Skulle då orsaken till könsdifferensen framför allt stå att finna bland de psykosociala faktorerna? Det är svårt att finna ett entydigt svar på den frågan. I den ovan angivna undersökningen, där uppgifter om psykosocial störning grundar sig på personernas

egna uppgifter framkommer inget stöd för ett sådant antagande.

Bengtsson (3) rapporterade däremot att män oftare angav att de upplevde psykisk stress.

Det är nödvändigt att här övergå till några mer spektakulära reflexioner. Som ovan angivits föreligger ingen skillnad beträffande angina pectoris, vilket dock är fallet beträffande dödlighet i koronarkärslsjukdom. Diagnosen angina pectoris ställs som bekant framför allt (och i dessa undersökningar enbart) på anamnestiska uppgifter. Det är knappast långsökt att ana en association mellan benägenheten att ange bröstsmärtor och benägenheten att yppa reellt föreliggande psykosociala problem. Kvinnor skulle således ha lättare och män svårare att tala om att de har problem eller känner smärta.

Vi vet redan att mannen inte behandlar sin hypertension. Tränger han också bort sin angina pectoris för att i stället avlida i infarkt? Problemet med mannens större dödlighet i koronarkärslsjukdom har kanske två dimensioner. Dels talar han inte om sina bekymmer (ingrediens i den manliga könsrollen?) dels maskerar denna tystlåtenhet en hög frekvens psykosociala störningar bland männen. Sett ur detta perspektiv blir den ökande dödligheten bland männen i hjärtinfarkt en parallell till andra utslagningsmekanismer i samhället, som också visat en entydig tendens att öka.

Könsskillnader vid alkohol- och narkotikaberoende

Vid studiet av alkohol- och narkotikaberoende är metodproblemen särskilt tydliga. Olika datainsamlingsmetoder ger olika resultat, bortfallsproblemet är svårlöst etc.

Man finner i de flesta kulturer markanta skillnader mellan männens och kvinnornas alkoholbeteende. Eftersom alkoholen har funktionen att underlätta emotionella kontakter medför mansrollen större ”behov” av alkohol. Genetiska faktorer, klasstillhörighet, urbaniseringsgrad

och alkoholattityder är några av faktorerna bakom alkoholkonsumtionen.

Vad gäller narkotikamissbrukare överväger män över kvinnor vad gäller icketerapeutisk men ej vad gäller terapeutisk narkomani. Narkotika är till skillnad från alkohol ej socialt accepterat och missbruket mest utbrett i speciella befolkningsgrupper tex ungdomar och kriminella. Social misär – primär eller sekundär – är vanlig. Till en del omfattas samma personer av såväl alkohol- som narkotikamissbruk.