

Rozdíly obrazu depresivního prožívání dle individuálních škál subjektivních potíží (ŠIP, N-5) uváděných muži a ženami v ambulantní péči

Jarmila Turbová, Petr Cagaš

Ordinace klinického psychologa, Brno

Úvod

Naše ambulance je často navštěvována pacienty s úzkostnými, depresivními a smíšenými úzkostně-depresivními obtížemi, časté jsou také úzkostně-depresivní reakce na stres, ve vysoké frekvenci se objevují i lehké depresivní epizody, v mnoha případech také depresivní stavy se zřetelnými sezónními rysy. U nezanedbatelného počtu pacientů sledujeme i osobnostní profil na klinickém obraze a intenzitě uváděných symptomů. Celkově k nejčastěji diagnostikovaným obtížím v ambulanci patří diagnózy lehká depresivní epizoda a neurastenie – což je v souladu s názorem H. Širokého (2001), že úzkostné a depresivní neurózy v naší době převládají nad „klasickými“ hysterickými neurózami z dob začátků psychoterapie. Již skutečnost prostého výskytu těchto obtíží upozorňuje na závažnost problematiky.

Pacienti jsou do naší ambulance odesíláni obvodními lékaři nebo psychiatry většinou k psychotherapeutické léčbě, obvykle se současným požadavkem psychologického vyšetření. Již jednoduché diagnostické metody jako sebesposuzovací škála ŠIP (Škála individuálních příznaků) - s jejíž pomocí si ozřejmíme pacientův subjektivní popis potíží i míru prožívané nepohody, tak také strukturovanější dotazník N-5 nám mohou sdělit často velmi závažné informace nejen o emočním obraze, ale také o příčinách vzniku současného depresivního stavu. Nechceme zde rozebírat další psychodiagnostické metody, zajímá nás vzhled do subjektivních prožitků psychických i psychosomatických obtíží pacientů.

Získané výsledky z těchto testových metod lze poměrně jednoduše statisticky zpracovat. Rozhodli jsme se vyhodnotit tyto škály u pacientů s diagnózou F32.0 (lehká depresivní epizoda). Lehká depresivní epizoda z hlediska intenzity obtíží totiž představuje jakýsi mezistupeň mezi subklinickými depresivními příznaky a závažnějšími stavy střední a těžké deprese. Dle našeho názoru toto umožňuje (alespoň do jisté míry) konfrontaci výsledků s výzkumnými analýzami i z těchto příbuzných oblastí.

Zpracovali jsme takto testové výsledky klientů naší ambulance za posledních pět let a získali 107 testových výsledků, mužů a žen, abychom mohli porovnávat rozdíly mezi pohlavími.

Můžeme se ptát, zda náš zájem zkoumat rozdíly mezi muži a ženami je dán pouze tématem dnešního kongresu, nebo zda tyto rozdíly mají závažnější význam?

Již letmý pohled na internetové stránky časopisu Psychiatric Times nás přesvědčí, že i v seriózní vědě se jedná o legitimní, a různými autory bohatě otevírané téma. Davis a Breslau (1998) píší, že rozdíly mezi muži a ženami v rámci jednotlivých diagnóz se stávají důležitou součástí poznání o psychických poruchách, které mohou vést k lepšímu porozumění povaze onemocnění, jeho projevů a rizik. Doufáme, že naše sdělení přispěje alespoň malým dílem k poznání, jak je tomu u pacientů v ambulantní péči klinického psychologa u nás.

Rozdíly v symptomech deprese mezi muži a ženami

Jak uvádějí Kornstein a kol. (2000), nejkonzistentnějším zjištěním epidemiologických studií depresivní poruchy (ne bipolární) je rozdíl mezi pohlavími v prevalenci onemocnění. Höschl (in Höschl, Libiger, Švestka, 2002, s. 433) udává prevalenci 4,5-9,3 % žen a 2,3-3,2 % mužů. Praško a kol. (2003) shrnují, že se deprese vyskytuje u žen asi 2x častěji než u mužů. K vysvětlení rozdílů ve výskytu deprese mezi pohlavími existuje množství teorií – od důrazu na neuroendokrinní faktory (Nishizawa, Benkelfat, 1997), přes vliv faktorů psychických (např. Nolen-Hoeksema a kol., 1999), a faktorů psychosociálních (Nazroo a kol., 1997), až po „čistě“ sociologické teorie a teorie genderu (Silverstein, Lynch, 1998); nechybí však ani teorie sociobiologické (Palanza, 2001).

Kornstein a kol. (2000) upozorňují, že bylo mnohem méně pozornosti věnováno rozdílným klinickým projevům deprese u mužů a žen - tzn. i rozdílům v symptomech deprese. Dosavadní studie se vcelku shodují, že ženy v sebeposuzovacích škálách a dotaznících uvádějí celkově **vyšší intenzitu depresivních příznaků** (Kornstein a kol., 2000), příp. **vyjmenovávají příznaků více** (např. Newman, 1984; Silverstein, Lynch 1998).

Newman (1984) se na základě této skutečnosti pokoušel vysvětlovat rozdíly v prevalenci deprese mezi pohlavími – ženy údajně uvádějí více symptomů, i když často subklinické, až triviální intenzity, ačkoliv jejich reálná míra utrpení není vyšší než u mužů. Tento pohled se zdá být podporován studiemi, které prokázaly celkově vyšší míru otevřenosti k negativním i pozitivním emocím u žen (Vingerhoets, Van Heck, 2001), připravenosti žen připustit si onemocnění (Hammen, Peters, 1978), vyšší emoční expresivitu žen (Hammen, Peters, 1978), příp. zjištění o sklonu mužů potlačovat zápornou emotivitu (Kuhl, Kazén, 2002, s.49). Výsledky Nazroo a kol. (1997) však svědčí proti Newmanovu vysvětlení – ani zvýšení přísnosti hodnocení depresivních příznaků (které mělo za cíl odstranit efekt „triviálních“ symptomů) totiž nesnížilo rozdíly mezi pohlavími v prevalenci deprese. Celkově je možné se domnívat, že ženy trpí závažnějšími depresivními symptomy než muži, mají však také sklon si své utrpení „přibarvovat“ – svědčí pro to výsledky studie Kornsteina a kol. (2000), které ukazují výraznější rozdíly mezi pohlavími v sebeposuzovacích škálách – jakoby ženy potřebovaly zdůraznit své utrpení, přesto však se rozdíly, i když mírnější, objevují i v objektivních klinických posuzovacích škálách – tedy vyšší intenzita obtíží žen je reálná.

Rozdíly mezi pohlavími se projevují i v míře výskytu jednotlivých symptomů – např. Kornstein a kol. (2000) našli rozdíly v intenzitě **poruch spánku, psychomotorické retardace a anxiety/somatizace** – všechny jmenované symptomy byly výraznější u žen. Dále také shrnují výsledky jiných autorů, kteří objevili u depresivních žen častější **přírůstek váhy a chuti k jídlu**, častější **hypochondrické sklony, somatickou úzkost, vyšší míru hněvu a hostility**, intenzivnější **pocity bezcennosti a viny**. U mužů se naopak více vyskytoval **úbytek váhy**. Khan a kol. (2002) zkoumali páry dvojvaječných dvojčat opačného pohlaví s diagnózou velké deprese – ženy si častěji stěžovaly na **únavu, hypersomnii a psychomotorickou retardaci**, muži častěji popisovali příznaky **insomnie a agitovanosti**.

Také Silverstein a Lynch (1998) našli rozdíly v symptomech deprese mezi pohlavími - u žen se častěji vyskytuje tzv. „**anxiózně-somatická deprese**“. Anxiózně-somatickou depresi vymezují Silverstein a Lynch (1998) jako depresi s větší intenzitou úzkostných a somatických příznaků - a přiřazují k ní např. **poruchy spánku, poruchy chuti k jídlu a únavu**. Rozdílné

intenzity popisované **úzkostí** u depresivních mužů a žen si všímá i Palanza (2001), která tento rozdíl připisuje častější komorbiditě deprese s úzkostnou poruchou u žen.

Je nutno si ještě uvědomit, že existují typy deprese, které se vyskytují pouze u ženského pohlaví – jedná se o poruchy nálady spojené s menstruačním cyklem, s poporodním obdobím a s obdobím přechodu (Pidrman, n.d.). Tyto typy deprese se často projevují specifickými symptomy, např. primenopauzální deprese je spojena s návaly horka, nočním pocením, a dalšími vazomotorickými projevy (Ginther, 1998).

Analýza sledovaných dat

Naše práce se již delší dobu zaměřovala na dlouhodobě vnímané rozdíly při psycho-diagnostických vyšetřeních u depresivních obrazů mužů a žen, které vykazovaly rozličné podoby u stejné diagnózy – lehké depresivní epizody. Rozhodli jsme se verifikovat tento rozdíl pomocí velmi jednoduchých testových metod – N-5 a ŠIP, které však umožňují statistická a obsahová vyhodnocení rozdílů.

Zkoumané osoby a použité metody

V naší ambulanci jsou za období posledních 5-ti let evidovány testové výsledky 281 osob (66 mužů a 215 žen) s diagnózou lehká depresivní epizoda (F32.0) – z tohoto souboru jsme vybrali 107 osob (32 mužů a 75 žen), které již při vstupním vyšetření vyplnily Neurotický dotazník N-5 a Škálu individuálních příznaků (ŠIP).

N-5 je jednoduchý dotazník ke zjišťování neurotických příznaků (33 položek zaměřených na popis intenzity potíží). Škála individuálních příznaků (ŠIP) sestává z 12-ti řádků, do kterých respondent wpisuje subjektivní popis obtíží, a na stupnici označuje jejich intenzitu.

Rozdíly mezi pohlavími v dotazníku N-5

Nejprve jsme analyzovali odlišnosti mezi pohlavími v dotazníku N-5 - porovnali jsme celková skóre dotazníku, a pro každé pohlaví vyhledali 5 položek s nejvyšší hodnotou.

Dále jsme se pokusili nalézt položky, které by mohly rozlišovat prožitek deprese mezi pohlavími.

Tabulka 1: Rozdíly v celkovém skóre N-5 u mužů a žen

Respondenti	N	Celkový průměr v N-5	Standardní odchylka
Muži	32	1.99	0.39
Ženy	75	2.32	0.43
Celkem	107	2.22	0.45

Z tabulky je patrné, že se průměrné skóre v N-5 u mužů a žen liší.

Provedli jsme analýzu rozptylu ANOVA s cílem zjistit, zda jsou tyto rozdíly statisticky významné – ukázalo se, že jsou tyto rozdíly významné na jednocentní hladině významnosti ($F=14.487$, $p < 0.01$). Celkově tedy **ženy** udávaly **signifikantně vyšší intenzitu příznaků**.

Pořadí položek N-5 dle průměrné intenzity udávaných příznaků u mužů a žen**Tabulka 2: 5 položek s nejvyššími průměry intenzit u mužů**

Pořadí položky u mužů (v závorce pořadí položky u žen)	Položka N-5	Průměr položky u mužů
1 (3)	Smutná nebo špatná nálada	2.86
2 (5)	Do ničeho se mi nechce	2.78
3 (4)	Pesimismus	2.66
4 (8)	Pochyby o sobě samém	2.65
5 (9)	Roztěkanost a nesoustředěnost	2.53

Při sebeposouzení vystupuje u depresivních mužů do popředí smutná nálada, apatie a nechuť k činnosti, pesimismus, pochybnosti o sobě samém, roztěkanost a nesoustředěnost.

Tabulka 3: 5 položek s nejvyššími průměry intenzit u žen

Pořadí položky u žen (v závorce pořadí položky u mužů)	Položka N-5	Průměr položky u žen
1 (6)	Lítostivost nebo přecitlivělost	3.22
2 (7)	Neurčitá úzkost nebo pocit napětí	3.15
3 (1)	Smutná nebo špatná nálada	3.07
4 (3)	Pesimismus	2.87
5 (2)	Do ničeho se mi nechce	2.83

Pozn. Položky se signifikantně rozdílnými průměry hodnot u žen jsou zvýrazněny.

U žen vystupují na prvních dvou místech položky, které jsou u mužů umístěny mimo první „pětici“ – jedná se o lítostivost a úzkost s pocitem napětí. Dále smutná a špatná nálada, pesimismus a apatie, které se vyskytují i u mužů, ale v jiném pořadí.

Jednotlivé položky N-5, které se významně liší u mužů a žen**Tabulka 4: Položky dotazníku N-5, jejichž průměry se signifikantně liší u mužů a žen**

Položka z dotazníku N-5	Průměr položky u žen	Průměr položky u mužů	Signifikance
Lítostivost nebo přecitlivělost	3.22	2.52	0,000 (F=13.804)
Mravenčení a stěhovavé bolesti	1.84	1.23	0,001 (F=12.533)
Neurčitá úzkost nebo pocit napětí	3.15	2.50	0,001 (F=12.139)

Podrážděnost a vznětlivost	2.74	2.13	0,003 (F=9.464)
Bušení srdce, bolesti u srdce	2.11	1.63	0,007 (F=7.626)
Pocity na omdlení	1.67	1.27	0,008 (F=7.437)
Nepříjemné pocity jako ve snu	1.90	1.41	0,014 (F=6.267)
Třesavka, vnitřní chvění	2.39	1.91	0,014 (F=6.187)
Závratě	1.71	1.29	0,017 (F=5.895)
Neodůvodněný strach, vázaný na určitou situaci	2.26	1.77	0,032 (F=4.739)
Dechové obtíže	1.95	1.57	0,033 (F=4.654)
Špatná paměť	2.32	1.93	0,038 (F=3.335)

Pozn. Položky lišící se na jednocentní hladině významnosti jsou v tabulce zvýrazněny.

Dle tabulky signifikantních rozdílů v jednotlivých položkách N-5 vycházejí **ženy** ve všech uvedených položkách s projevy **vyšší intenzity** udávaných potíží.

Rozdíly na jednocentní hladině významnosti jsme zjistili u položek: lítostivost nebo přecitlivělost (F=13.804, $p < 0.01$), mravenčení a stěhovavé bolesti (F=12.533, $p < 0.01$), neurčitá úzkost nebo pocit napětí (F=12.139, $p < 0.01$), podrážděnost a vznětlivost (F=9.464, $p < 0.01$), bušení srdce, bolesti u srdce (F=7.626, $p < 0.01$), pocity na omdlení (F=7.437, $p < 0.01$).

Rozdíly na pětiprocentní hladině významnosti se týkají položek: nepříjemné pocity jako ve snu (F=6.267, $p < 0.05$), třesavka a vnitřní chvění (F=6.187, $p < 0.05$), závratě (F=5.895, $p < 0.05$), neodůvodněný strach vázaný na určitou situaci (F=4.739, $p < 0.05$), dechové obtíže (F=4.654, $p < 0.05$), špatná paměť (F=3.335, $p < 0.05$).

Rozdíly ve Škále individuálních příznaků (ŠIP)

Z výroků našich pacientů v sebeposuzovací škále ŠIP jsme na podkladě kvalitativního rozboru vytvořili 18 kategorií, do nichž jsme jednotlivé výroky zařazovali, a posléze analyzovali s ohledem na rozdíly mezi pohlavími.

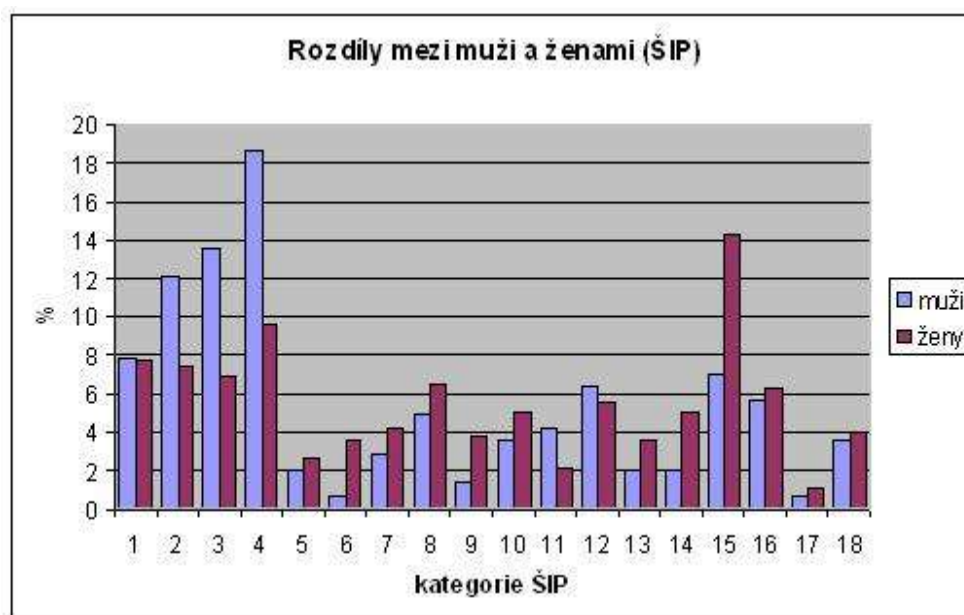
Tabulka 5: Seznam kategorií, vytvořený kvalitativně z odpovědí ve škále ŠIP

Kategorie kódována číslem:	Přibližný obsah kategorie (v závorce stručný shrnující název)
1	Smutek, deprese, lítost, neschopnost se radovat, pláč, nostalgické myšlenky... (Smutek)
2	Únava, vyčerpanost, ztráta zájmu, úbytek energie, nechut' k činnosti, apatie, pasivita... (Nedostatek energie a zájmu)
3	Nesoustředěnost, roztržitost, nerozhodnost... (Snížená mentální výkonnost)
4	Emoční labilita, změny nálad, úzkost, napětí, tenze, neklid... (Emoční nestabilita a úzkost)

5	Hněv, vztek, podrážděnost, iritabilita, vztek na lidi, nespokojenost, rezonérství... (Podrážděnost)
6	Pocity viny, výčitky svědomí, hněv a odpor vůči sobě samému, myšlenky na sebevraždu (Výčitky svědomí)
7	Snížené sebevědomí, ztráta sebedůvěry, sebedoceňování... (Snížená sebedůvěra)
8	Určitý strach, fobie - agorafobie, strach z nemoci, strach z budoucnosti... (Strach)
9	Problématické rodinné vztahy, smrt blízké osoby, problémy ve vztahu k rodičům (Rodina)
10	Partnerský a manželský vztah, problémy ve vztahu k opačnému pohlaví (Partnerské vztahy)
11	Práce, škola, finance (Kariéra)
12	Vlastnosti, kt. pacient vnímá u sebe jako negativní, obtěžující – často závislost na něčem, ale i vztahovačnost, uzavřenost, hysterické projevy, neschopnost uznat chybu... (Negativní vlastnosti)
13	Zdravotní potíže, hospitalizace, vyjmenování konkrétních nemocí... (Zdravotní stav)
14	Další doprovodná vysvětlení, neobvyklé příčiny současného stavu, ale často zdánlivě i poměrně irelevantní popisy - na co se těší, co očekávají, kdo je poslal, co medikují, irelevantní odpovědi... (Sběrná kategorie)
15	Bolesti, nevolnosti, psychosomatické obtíže, nechutenství, úbytek váhy... (Tělesné projevy)
16	Nespavost, poruchy spánku, také hypersomnie... (Poruchy spánku)
17	Bezvýchodnost, zoufalství, prožívaná beznaděj... (Zoufalství)
18	Izolace, osamění, problémy v komunikaci... (Nadměrná uzavřenost)

Kategorie, odpovídající pouze depresivním symptomům, by nebyly dostatečně jemné pro postížení rozmanitosti výroků pacientů ve škále ŠIP – vytvořili jsme proto i kategorie, které odrážejí potřebu pacientů vyjadřovat se k doprovodným obtížím a k subjektivně vnímaným příčinám depresivního stavu.

Graf 1: Srovnání výskytu odpovědí, náležejících do jednotlivých kategorií u mužů a žen



Graf nám ukazuje (v podobě modré barvy u mužů a červené u žen) nejnápadnější rozdíly v pojetí příčin a popisu stavu, v tomto případě bez ohledu na vnímanou intenzitu potíží. Zjistili jsme, jak je možno vidět na grafu, že muži uvádějí nejvíce odpovědí v kategorii úzkosti (přesahující až 18 % sdělení), zatímco ženy v této kategorii uvádí odpovědi o polovině méně. V souvislosti s tím muži dále výrazně více než ženy udávají sníženou mentální výkonnost příp. nesoustředěnost, dále únavu a vyčerpání. S tímto souvisí i zajímavé zjištění v kategorii kariéry, kdy muži dvojnásobně často popisují selhání ve své profesi. Ženy nejčastěji uvádějí kategorii psychosomatické potíže a potíže obecně směřující k orgánovým stížnostem (v míře přes 14%). V této kategorii jsou výroky mužů pro změnu v polovině četnosti odpovědí žen (7%). Také kategorie zdravotních obtíží je ženami častěji zmiňována. Výrazné rozdíly jsou patrné v kategorii 6 a 9, kdy výčitky svědomí u žen jsou přibližně 4x častější než u mužů, a kategorie rodina je u žen zastoupena asi 2,5x častěji. Sběrná kategorie, která zahrnuje doplňující, nezvyklé, příp. irelevantní odpovědi, vykazuje zvýšenou četnost u žen. Kategorie *deprese* a *smutná nálada* je u mužů a žen prakticky vyrovnaná ve sdělení počtu informací o svém stavu.

Rozdíly v intenzitě příznaků v rámci jednotlivých kategorií mezi pohlavími

Pro zajímavost jsme hodnotili i označení intenzity obtíží na 6-ti bodové stupnici u Škály individuálních příznaků.

Tabulka 6: Položky dotazníku ŠIP, jejichž průměry se signifikantně liší u mužů a žen

Kategorie v ŠIP	Průměr intenzit u mužů	Průměr intenzit u žen	Signifikance
Nedostatek energie a zájmu	4.29	5.07	0.017 (F=6.149)
Emoční nestabilita a úzkost	4.12	4.60	0.044 (F=4.218)

Analýza rozptylu ANOVA ukázala, že na pětiprocentní hladině významnosti se objevují rozdíly v intenzitě popisovaných příznaků ve 2 kategoriích: a to v kategorii ztráty energie a motivačních zájmů (F=6.149, $p < 0.05$) a v kategorii emočního prožívání nestability a úzkosti (F=4.218, $p < 0.05$), které ženy popisují jako intenzivnější.

Závěr

Zjistili jsme, že:

- 1) Ženy v našem souboru početně převažují nad muži.
- 2) Ženy dosahují vyššího celkového skóru v Neurotickém dotazníku N-5.
- 3) Neurotický dotazník N-5 obsahuje položky, jejichž průměry se na jednoprocenní hladině významnosti liší u mužů a žen. Jedná se o lítostivost, mravenčení a stěhovavé

bolesti, neurčitou úzkost, podrážděnost, bušení srdce a bolesti u srdce, pocity na omdlení. Ženy popisují vyšší intenzitu obtíží ve všech položkách dotazníku.

- 4) Ženy si častěji stěžují na psychosomatické a zdravotní obtíže, více se u nich objevují výčitky svědomí a problémy související s rodinným životem.
U mužů se častěji objevují stížnosti na úzkost a napětí, sníženou mentální výkonnost, únavu, a problémy související se zaměstnáním.
- 5) Popisovaná intenzita úzkosti je vyšší u žen (dle N-5 i ŠIP), stejně tak únava (dle ŠIP).
- 6) Ženy méně respektují zadanou instrukci, příp. vymezenou plochu v ŠIP, častěji se u nich objevují nadbytečné, příp. až irelevantní odpovědi.

Domníváme se, že výsledky našeho výzkumu nejsou překvapivé, celkově vycházejí v souladu s poznatky z literatury. Již prostý počet žen a mužů v našem souboru odráží rozdíl mezi pohlavími v prevalenci deprese – deprese je asi 2x častější u žen (Praško a kol., 2003), což zhruba odpovídá poměru pohlaví v našem výzkumném vzorku. Projevuje se však pravděpodobně také výraznější sklon žen vyhledávat psychologickou pomoc, který může mimo jiné vycházet z celkově pozitivnějšího postoje žen k duševním onemocněním (Petrus, Kai-Fong, 2000) – a tedy i ze snazší akceptace onemocnění u sebe samé, dále z pozitivnějšího postoje k psychoterapii (jak naznačují Butcher a kol., 1998), a z potřeby žen dostávat výraznější emoční podporu (v oblasti manželství na tuto skutečnost poukázali např. Edwards a kol., 1998).

Překvapující nejsou ani výsledky v dotazníku N-5, kde ženy skórovaly celkově výše než muži. Již normy N-5 stanovují hranici patognomiky pro ženy „benevolentnější“, počítá se s jejich tendencí popisovat neurotické obtíže ve vyšší intenzitě (Židková, Martinková, 2003). Vyšší míra neuroticismu žen byla potvrzena i v rozsáhlém šetření dotazníkem NEO-PI-R (Costa a kol., 2001). Celkově intenzivnější symptomy bývají uváděny i depresivními ženami ve srovnání se stejně postiženými muži (Kornstein a kol., 2000), ženy mají výraznější sklon připustit, že jsou depresivní (Nolen-Hoeksema, 1990).

Zjištění o rozdílech mezi pohlavími v konkrétních symptomech má opět styčné body se známými fakty – ženy udávají vyšší míru úzkosti (Kornstein a kol., 2000). Popisovaná podrážděnost a vznětlivost žen z našeho souboru může souviset s výraznější mírou hostility, která byla u depresivních žen jinými autory zaznamenána (Beck a kol., cit. podle Kornstein a kol., 2000). Vyšší unavitelnost žen (Khan a kol., 2001, Silverstein, Lynch, 1998) se projevila ve škále ŠIP. Somatické příznaky (Kornstein a kol., 2000, Silverstein, Lynch, 1998) se velmi výrazně ukázaly ve škále ŠIP, kde byla tato kategorie ženami zmiňována 2x častěji než muži. Tento rozdíl může být zprostředkován výraznějšími hypochondrickými sklony u depresivních žen (Beck a kol., cit. podle Kornstein a kol., 2000), v našem souboru však rozdíly mezi pohlavími v obavách z onemocnění nebyly statisticky signifikantní. Angst a Dobler-Mikola, a Williams a kol. (cit. podle Kornstein a kol., 2000) našli u depresivních žen intenzivnější pocity viny, což se opět projevilo ve Škále individuálních příznaků.

Ženy v našem výzkumu označovaly za nejintenzivnější symptom lítostivost a přecitlivělost – muži stejný problém zmiňovali až jako 6. v pořadí dle intenzity a přiznávali mu výrazně nižší závažnost. Lze uvažovat, že lítostivost jako zjevně dispoziční, až „osobnostní“ atribut je ženami častěji vzpomínána i pro jejich sklon přisuzovat negativní jevy vnitřním, stabilním a globálním faktorům, zatímco muži si více všimají faktorů situačních (Boggiano, Barrett, 1991).

Naše analýza objevila u žen častější výskyt neurotických příznaků jako je mravenčení a stěhovavé bolesti, bolesti u srdce, pocity na omdlení. Mravenčení a stěhovavé bolesti souvisí s dechovými obtížemi – pro celý soubor jsme našli signifikantní korelaci těchto 2 symptomů na jednoprocenní hladině významnosti s relativně vysokým koeficientem korelace $r=0.518$. O souvislosti mravenčení a dechových obtíží se zmiňuje Kennerleyová (1998, s. 24). Dechové obtíže jsou považovány za rozlišující znak pro klinický obraz mužů a žen např. u panické úzkostné poruchy – častěji se objevují u žen (Leskin, Sheikh, 2004). Častější pocity na omdlení lze snad považovat za projev častějšího výskytu pithiatických tendencí u žen, v souvislosti s tím uvádějí Kuhl a Kazén (2002, s. 49) u ženského pohlaví vyšší hodnoty v osobnostní dimenzi příjemný-histriónský.

Vraťme se k úzkosti u mužů a žen – je zajímavé, že muži si na úzkost, neklid, napětí stěžují častěji než ženy, které však popisují vyšší intenzitu úzkostných prožitků. Je možné, že u mužů je úzkost, která doprovází depresivní epizodu, poměrně novým nepříjemným jevem, který doposud příliš neprožívali – proto nyní poutá jejich pozornost. U žen může být úzkost důvěrně známa i z premorbidního období, a proto nevyvolává tolik nepříjemného překvapení. Ženy si ovšem všímají její zvýšené intenzity.

Je důležité upozornit, že se v našem výzkumu neobjevily některé rozdíly, které jsou zmiňovány v literatuře – např. častější poruchy spánku, zvýšená chuť k jídlu, přírůstek váhy a psychomotorická retardace u žen, a úbytek váhy u mužů. Za pravděpodobné vysvětlení považujeme, že se tyto symptomy vyskytují spíše u závažnějších stupňů deprese (střední a těžká depresivní epizoda), a proto nebyly pro náš soubor pacientů s diagnózou F32.0 relevantní. Absence rozdílů mezi pohlavími v našem souboru ve kvalitě spánku je snad projevem nedostatečné rozlišovací schopnosti užitých diagnostických metod vůči tomuto symptomu – N-5 nediferencuje hypersomnii a insomnii, uvádí pouze obecnější položku „poruchy spánku“.

Velmi zajímavé výsledky přinesl kvalitativní rozbor odpovědí ve Škále individuálních příznaků – ženy si častěji stěžovaly na obtíže v rodinné oblasti, a na pocity viny. Kendler a kol. (2001) uvádějí problémy ve vztazích a krize blízkých jako oblast, na kterou ženy reagují citlivěji než muži. Výraznější pocity viny u žen byly již reflektovány dřívějšími výzkumy (Angst, Dobler-Mikola, cit. podle Kornstein a kol., 2000). Newman a kol. (1999) popisují u žen vyšší míru hněvu, obráceného vůči sobě samé.

Muži zmiňovali častěji pracovní obtíže, a celkově je možné shrnout, že si více všímali dopadu deprese na svoji výkonnost (nejvyšší intenzitu připisovali symptomům jako je např. nechť k činnosti; roztěkanost). Pracovní oblast a ztráta zaměstnání je Kendlerem a kol. (2001) uváděna jako riziková oblast pro rozvoj deprese u mužů (neboť je pro ně subjektivně „důležitější“). Rozdíly ve spouštěcích faktorech deprese reflektuje i Palanza (2001), která za spouštěcí faktor deprese u mužů považuje „hrozbu sebeúctě“, u žen je významnější „hrozba sociálním vazbám“.

Rozdíly mezi pohlavími se objevily také ve způsobu vyplňování škál – tzn. v míře dodržování instrukce a ve způsobu využití vymezené plochy, příp. i v počtu doplňujících, upřesňujících, někdy však až irelevantních odpovědí. Ženy méně respektují zadaný úkol, častěji než muži neodpovídají na zadanou otázku, a to nejspíše ve snaze vyjádřit spíše neodkladný emoční tlak, který je odvádí od strukturovaného vyšetření. Myslíme si, že jednou z příčin tohoto faktu je

sklon žen zvládat zátěž zaměřením na emoce, zatímco u mužů převažuje tendence zvládnutí stresu zaměřením na problém (Ptacek a kol., 1994), příp. na výkon. Na tomto faktu se může u žen také více podílet úzkost, snižující schopnost strukturace podnětového materiálu, dále větší expresivita žen s potřebou nepříjemné emoční tlaky spolupodílet, a takto je vyjádřit a expresí zmírnit. A to oproti mužům, u nichž funguje naopak zvýšená tendence problém stručně formulovat, a to často kuse, bez intimních detailů. Je také možná menší ochota mužů se otevřít, což je v souladu s genderovým stereotypem neprojevat „slabost“.

K analýze rozdílů mezi pohlavími v subjektivním popisu depresivních příznaků jsme užíli 2 jednoduché škály, které jsou šířeji zaměřené. Škála individuálních příznaků často přináší i možnost vhledu do pacientem vnímaných příčin stavu, a popis doplňující okolností. V užití těchto škál shledáváme hlavní přínos, ale také slabinu provedeného šetření – výsledky, které jsme získali, přinášejí dle našeho názoru poměrně zajímavý pohled na nespecifické příznaky, pocity a vnímané problémy u depresivních pacientů v ambulantní péči. Specifické příznaky deprese dle diagnostických kritérií však mohly být analyzovány jen jako součást širší oblasti uváděných obtíží. Přesto se domníváme, že je do jisté míry možné srovnávat získané výsledky s analýzami jiných autorů. A vskutku zde nacházíme množství paralel, které v případě depresivního onemocnění ukazují na existující rozdíly v klinickém obraze a skladbě symptomů u mužů a žen.

Poděkování:

Chtěli bychom poděkovat Mgr. Jiřímu Dalajkovi za pomoc se statistickým zpracováním dat a za podnětné připomínky.

Literatura:

- 1) Boggiano, A. K., & Barrett, M. (1991). Strategies to motivate helpless and mastery-oriented children: The effect of gender-based expectancies, *Sex Roles*, 25, 487-510.
- 2) Butcher, J.N., Rouse, S.V., & Perry, J.N. (1998). Assessing resistance to psychological treatment, *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 31 (2), start page 95.
- 3) Costa, P.T., Terracciano, A., & McCrae, R.R. (2001). Gender differences in personality traits across cultures: Robust and surprising findings, *Journal of Personality and Social Psychology*, 81, 322-331.
- 4) Davis, G.C., & Breslau, N. (1998). Are women at greater risk for PTSD than men? *Psychiatric Times*, 15, Retrieved July 12, 2004 . Dostupné z World Wide Web: <http://www.psychiatrictimes.com/p980765.html>.
- 5) Edwards, A.C., Nazroo, J.Y., & Brown, G.W. (1998). Gender differences in marital support following a shared life event, *Social Science & Medicine*, 46 (8), 1077-1085.
- 6) Ginther, C. (1998). A look at women and depression, *Psychiatric Times*, 15 (7). Retrieved July 12, 2004. Dostupné z World Wide Web: <http://www.psychiatrictimes.com/p980763.html>
- 7) Hammen, C., & Peters, S. (1978). Interpersonal consequences of depression. Responses to men and women enacting a depressed role, *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 322-332.

- 8) Höschl, C. (2002). Poruchy nálady (afektivní poruchy). In C. Höschl, J.Libiger, & J. Švestka, (Eds.), *Psychiatrie*. (s. 409-454). Praha: Tigis.
- 9) Kendler, K.S., Thornton, L.M., & Prescott, C.A. (2001). Gender differences in the rates of exposure to stressful life events and sensitivity to their depressogenic effects. *American Journal of Psychiatry*, 158 (4), 587-593.
- 10) Kennerleyová, H. (1998). *Jak zvládat úzkostné stavy*. Praha: Portál.
- 11) Khan, A.A., Gardner, C.O., Prescott, C.A., & Kendler, K.S. (2002). Gender differences in the symptoms of major depression in opposite-sex dizygotic twin pairs, *American Journal of Psychiatry*, 159 (8), 1427-1429.
- 12) Kornstein, S.G., Schatzberg, A.F., Thase, M.E., Yonkers, K.A., McCullough, J.P., Keitner, G.I., Gelenberg, A.J., Ryan, C.E., Hess, A.L., Harrison, W., Davis, S.M., & Keller, M.B. (2000). Gender differences in chronic major and double depression, *Journal of Affective Disorders*, 60, 1-11.
- 13) Kuhl, J., & Kazén, M. (2002). *PSSI – Inventář stylů osobnosti a poruch osobnosti*. Praha: Testcentrum.
- 14) Leskin, G.A., & Sheikh, J.I. (2004). Gender differences in panic disorder, *Psychiatric Times*, 21 (1). Cit. 14. 7. 2004. Dostupné z World Wide Web: <http://www.psychiatrictimes.com/p040165.html>
- 15) Nazroo, J.Y., Edwards, A.C., & Brown, G.W. (1997). Gender differences in the onset of depression following a shared life event: A study of couples. *Psychological Medicine*, 27 (1), 9-19.
- 16) Newman, J.P. (1984). Sex differences in symptoms of depression: Clinical disorder or normal distress? *Journal of Health & Social Behavior*, 25 (2), 134-159.
- 17) Newman, J.L., Gray, E.A., & Fuqua, D.R. (1999). Sex differences in the relationship of anger and depression: An empirical study, *Journal of Counseling & Development*, 77, 198-203.
- 18) Nishizawa, S., & Benkelfat, C. (1997). Differences between males and females in rates of serotonin synthesis in human brain, *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 94 (10), 5308-5313.
- 19) Nolen-Hoeksema, S. (1990). *Sex Differences in Depression*. Stanford, CA: Stanford University Press.
- 20) Nolen-Hoeksema, S., Larson, J., & Grayson, C. (1999). Explaining the gender difference in depressive symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77, 1061-1072.
- 21) Palanza, P. (2001). Animal models of anxiety and depression: how are females different? *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 25, 219-233.
- 22) Petrus, N., & Kai-Fong, C. (2000). Sex differences in opinion towards mental illness of secondary school students in Hong Kong, *The International Journal of Social Psychiatry*, 46 (2), 79-88.
- 23) Pidrman, V. (n.d.). Deprese žen. Cit. 5. 8. 2004. Dostupné z World Wide Web: http://www.ceskapsychiatrie.cz/programy/deprese_zen.pdf
- 24) Praško, J., Prašková, H., & Prašková, J. (2003). *Deprese a jak ji zvládat*. Praha: Portál.
- 25) Ptacek, J.T., Smith, R.E., & Dodge, K.L. (1994). Gender differences in coping with stress: When stressor and appraisals do not differ, *Personality and Social Psychology Bulletin*, 20, 421-430.

- 26) Silverstein, B., & Lynch, A.D. (1998). Gender differences in depression: the role played by paternal attitudes of male superiority and maternal modeling of gender-related limitations, *Sex Roles: A Journal of Research*. Cit. 8.8. 2004. Dostupné z World Wide Web: http://www.findarticles.com/p/articles/mi_m2294/is_n7-8_v38/ai_20914077
- 27) Široký, H. (2001). *Meze a obzory psychoanalýzy*. Praha: Triton.
- 28) Vingerhoets, J.J.M., & Van Heck, G. L. (2001). Personality, gender, and crying. *European Journal of Personality*, 15, 19-28.
- 29) Židková, Z., & Martinková, J. (2003). Psychická zátěž učitelů základních škol, *České pracovní lékařství*, 3, 122-126.

TURBOVÁ, Jarmila; CAGAŠ, Petr. Rozdíly obrazu depresivního prožívání dle individuálních škál subjektivních potíží (ŠIP, N-5) uváděných muži a ženami v ambulantní péči. In HELLER, Daniel; PROCHÁZKOVÁ, Jana; SOBOTKOVÁ, Irena (ed.). *Psychologické dny 2004 : Svět žen a svět mužů : polarita a vzájemné obohacování : sborník příspěvků z konference Psychologické dny, Olomouc 2004*. Olomouc : Universita Palackého v Olomouci, 2005. Acta Universitatis Palackianae Olomucensis. Facultas Philosophica, Psychologica 35 - suppl. Plný text příspěvku o rozsahu 12 s. je dostupný na přiloženém CD-ROM. ISBN 80-244-1059-1.