

A perfekcionizmus és az önegyüttérzés összefüggései a depresszióval, kiemelt figyelmet fordítva a depressziós tünetképzésre

Témavezető:

Dr. Almássy Zsuzsanna

Szerző:

Lőrinczi Anna (Pszichológia, BA)

Debreceni Egyetem Pszichológiai Intézet

2022.

Tartalomjegyzék

Bevezetés	4
1. Szakirodalmi áttekintés	5
1.1. A depresszió	5
1.1.1. Nemi különbségek a depresszióban	5
1.1.2. Szuicid paradoxon	6
1.1.3. A férfiakra jellemző depressziós tünetek	6
1.1.4. Férfi depressziós tünetek nőkben?	7
1.2. Önegyüttérzés	8
1.2.1. Önegyüttérzés és depresszió	9
1.3. Perfekcionizmus	9
1.3.1. A perfekcionizmus dimenziói- Multidimenzionális Perfekcionizmus Modell	9
1.3.2. A perfekcionizmus hatása a szubjektív jóllétre, mentális egészségre	10
1.3.3. Perfekcionizmus és a depresszió	10
1.3.4. Depresszió-Önegyüttérzés- Perfekcionizmus	11
1.4. Férfi nemi szerephez való ragaszkodás	11
1.4.1. A férfiassághoz való ragaszkodás jellemzése	11
2. Kérdésfelvetés	12
1. A kutatás bemutatása	15
1.3. Minta és mintavétel	15
1.4. Minta általános jellemzői	15
1.5. Vizsgálati módszerek	15
1.5.1. Általános demográfiai kérdések és előzetes kortörténet	15
1.5.2. Beck Depresszió Kérdőív (BDI) – 1. melléklet	16
1.5.3. Férfi Depresszió Kockázatbecslő Skála magyar verziója (MDRS) – 2. melléklet	16
1.5.4. Hewitt-Flett Multidimenzionális Perfekcionizmus Kérdőív magyar változata (MPS) – 3. melléklet	16
1.5.5. Az Önegyüttérzés (Self-Compassion) kérdőív magyar változata (SCS-H) – 4. melléklet	16
1.5.6. Maszkulinitáshoz Való Ragaszkodás Skála - Conformity to Masculine Norms Inventory (CMNI-30) – 5. melléklet	17
2. Eredmények	17
2.3. A mérőeszközök megbízhatósága	17

2.4.	Depressziós tünetképzés	17
2.4.1.	MDRS alskálák és nemi eltérések vizsgálata	18
2.4.2.	BDI alskálák és nemi eltérések vizsgálata	18
2.4.3.	4 csoport kialakítása és kapcsolat ellenőrzése	19
2.5.	Perfekcionizmus és a depressziós tünetek	21
2.5.1.	Hagyományos depressziós tünetek és perfekcionista csoportok összehasonlítása	21
2.5.2.	Férfi depressziós tünetek és perfekcionista csoportok összehasonlítása	22
2.6.	Önegyüttérzés és depressziós tünetek	23
2.6.1.	Hagyományos depressziós tünetek és önegyüttérzés csoportok összehasonlítása	23
2.6.2.	Férfi depressziós tünetek és önegyüttérzés csoportok összehasonlítása	24
2.7.	Önegyüttérzés és perfekcionizmus együttes hatása a depresszióra	24
2.8.	Férfiassághoz való ragaszkodás és a férfi depresszió kapcsolata	25
2.9.	Eredmények értékelése, következtetések és javaslatok	26
3.	Összefoglalás	31
	Irodalomjegyzék	34

Bevezetés

A major depresszió világszerte körülbelül 300 millió embert érint, ez a populáció 4,4%-a (WHO, 2017). A népesség 11-18 százalékánál egynél többször is megjelennek epizódok, 4-7 százalékánál pedig legalább egy éven keresztül állnak fent (Merikangas és Rihmer, 2017). Prospektív kutatások azt jósolják, hogy 2030-ra a vezető oka lesz a major depresszió a betegségben töltött évek számának (GBD DALYs H Collaborators, 2016; Liu és mtsai., 2020; Szelei és Döme, 2020; WHO, 2004). Az unipoláris depresszió előfordulása kétszer gyakoribb a felnőtt női, mint a felnőtt férfi populációban (Weissman és Klerman, 1977; WHO, 2017). Ugyan öngyilkosságot (melyeknek primer faktora a depresszió (Rihmer, 2015)) a nők gyakrabban kísérelnek meg, de a befejezett öngyilkosságok 3/4-ét mégis a férfiak követik el (Oquendo és mtsai., 2001; WHO, 2008). Hogyan lehetséges, hogy több nő depressziós, mégis több férfi hal meg saját keze által? Számos kutatásban bizonyították, hogy a férfiak kevésbé merik felvállalni, kimutatni érzelmeiket (Pederson és Vogel, 2007), gyakran segítséget sem kérnek problémáik kezeléséhez, és externalizáló depressziós tünetekkel jellemezhetőek (Addis és Mahalik, 2003; Levant, 2005). Tüneteiket leértékelik, és hajlamosabbak veszélyeztetni életüket (Sigmon és mtsai. 2005). A „férfi” depresszió alatt olyan nem prototipikus tüneteket értük, mint például az agresszió, alkohol problémák, impulzivitás és a túlzott kockázatvállalás. A jelenleg használt diagnosztikai rendszerekben nem szerepelnek ezek a tünetek, így nehezített az atipikus tünetek felismerése, holott ugyanolyan súlyos problémát jelezhetnek, mint a „hagyományos depressziós tüneteknek” címkézett, a diagnosztikus kritériumok által felmért tünetek. Kutatásomban az externalizáló tünetekről szeretnék megtudni többet, méghozzá a perfekcionizmussal, az önegyüttérzéssel, és a maszkulinitáshoz való ragaszkodással kapcsolatban. A perfekcionizmus és az önegyüttérzés interakcióját is szeretném vizsgálni, mert a depresszió mögötti tényezők dinamikájának feltérképezését is céloknak tartom.

Annak ellenére, hogy számos bizonyítottan hatékony kezelési formát alkalmaznak a depressziós pácienseknél, ez az affektív zavar fokozottan rekurrens még a kezelt betegek körében is (Vittengl és mtsai., 2010). Jobban meg kellene ismerni azon patogenetikus mechanizmusokat, amik a zavar hátterében állnak. Régóta ismert, hogy a perfekcionista személyek között lényegesen gyakoribb a depressziós tünetképzés, mint az „egészséges” egyének körében (Hewitt és Flett, 1991a) és a perfekcionizmus az öngyilkossági késztetések pontos előrejelzőjének bizonyult (Smith és mtsai., 2017), viszont az externalizáló tünetképzés és az említett változók kapcsolat még nem tisztázott.

1. Szakirodalmi áttekintés

1.1. A depresszió

A depresszió az affektív zavarok közé tartozik, sokféleképpen jelenhet meg tünetek, súlyossága, időbeli kiterjedése alapján, illetve az életkortól is függenek a kritériumok. A DSM-5 (APA, 2013) felnőttek esetében a major depresszió diagnózisáról ír. A diagnosztizálás első két kérdése a depressziós hangulatra és az érdeklődés/öröm elvesztésére (anhedónia) irányul. Ha ezen kérdésekre a válasz megerősítő, akkor a következő tünetekre kérdeznek rá: jelentős fogyás/ hízás, étvágycsökkenés vagy -fokozódás, inszomnia vagy hiperszomnia, pszichomotoros agitáció vagy gátoltság, kimerültség, anergia, értéktelenség érzés, vagy kifejezett és alaptalan büntudat, a gondolkodás és figyelemkoncentráció nehezítettsége, döntésképtelenség, visszatérő, halállal és öngyilkossággal kapcsolatos gondolatok, visszatérő szuicid, fantáziák, szuicid kísérlet vagy konkrét öngyilkossági terv. Ezen tünetekből leglább 5-nek legalább 2 héten keresztül fent kell állnia, ahhoz, hogy valakinek a major depresszió diagnózisát adja a szakember. A tünetek jelentős distresszt okoznak a páciens számára és több életterületen diszfunkciók jelentkezhetnek a depressziós epizód alatt. Fontos azonban az is, hogy a fent leírt tünetek nem valamilyen hormonális, testi okból, szerhasználatból vagy környezeti esemény (pl. gyászfolyamat) miatt állnak fent, ugyanis ezeket külön kategorizáljuk.

1.1.1. *Nemi különbségek a depresszióban*

1977-ben jelent meg az a mérőöldkönek számító cikk, amelyben először írták le azt, hogy felnőttek körében kétszer annyi nő élt már át depressziós epizódot, mint férfi (Weissman és Klerman, 1977, Salk és mtsai., 2017). A női dominancia a depresszió esetében 13-15 éves korban kezdődőik (Twenge és Nolen-Hoeksema, 2002). Napjaink kutatásaiban egyre gyakrabban közlik: a férfiak depressziója az esetek többségében „maszkolt” (Cochran és Rabinowitz, 2000). Ezen kívül a nők és férfiak számára a depresszióba vezető út is különbözik. A nők folyamatosan haladnak a depresszióba, míg a férfiak a stresszen, agresszió és túlzott alkohol fogyasztáson keresztül jutnak el a depressziós állapotig (Bech, 2001).

A nemi különbségek (sex differencés) tüneti szinten is megjelenhetnek. A nemi szerep szocializáció által a nők és férfiak eltérően gondolkodhatnak, érezhetnek és viselkedhetnek, ami többek között befolyásolhatja a depressziós tünetek megjelenési formáit is. A férfiakra általánosan jellemzőbbek lehetnek az externalizáló tünetek (irritabilitás, düh, harag, szerhasználat, kockázatvállalás), míg a nőkre a prototipikus vagy hagyományos tünetek, melyeket a diagnosztikus rendszerek, mint a DSM-5. és a BNO-10. is használnak (Rihmer és Rutz, 2000). Egyes kutatók úgy vélik, hogy valójában a depresszió gyakoriságában lévő nemi különbség mögött, miszerint a nőknél kétszer gyakoribb a depresszió, mint a férfiaknál, a

tünetekben lévő különbségek állhatnak és a diagnosztikus rendszerek hiányosságai (Martin és mtsai., 2013), mert a férfiak ritkábban élik meg a depressziójukat a hagyományos tünetek mentén (Galasinski, 2008; Kilmartin, 2005; Rutz, 2001; Oliffe és Phillips, 2008). Emellett a férfiak segítségkérő magatartása is más, mint a nőké, ugyanis a férfiak ritkábban keresnek segítséget, amikor depressziós epizódot élnek át (Addis és Hoffman, 2017; Cochran, 2005).

1.1.2. Szuicid paradoxon

Az öngyilkosságot elkövetők 60-80%-a major depresszióban szenved, primer rizikófaktornak tekintjük (Rihmer, 2015). Bár a nőket kétszer olyan gyakran diagnosztizálják unipoláris major depresszióval (Salk és mtsai., 2017) és gyakrabban is kísérelnek meg öngyilkosságot (Oquendo és mtsai., 2001), a férfiaknál mégis háromszor olyan valószínű, hogy öngyilkosságban halnak meg, mint a nők (WHO, 2017) és a befejezett öngyilkosságok $\frac{3}{4}$ -ét férfiak követik el (Oquendo és mtsai., 2001). Ezt a jelenséget nevezzük szuicid paradoxonnak, amelyet elsőként a Gotland szigetén, 1980-as években végzett kutatások során tártak fel (Rihmer és mtsai., 1995). Az öngyilkosságot elkövető férfiakra gyakran nincs információja az egészségügynek, hiszen általában nem keresik fel az orvosukat tüneteikkel. Az orvosi anamnézisükben gyakran csak olyan tüneteket találunk, amik a diagnózis felállításakor elmaszkolták a depresszió gyanúját. Ilyen például az agresszív viselkedés vagy a drogabúzus (Rihmer és mtsai., 1995). Az öngyilkossági kísérletek előtt az egyének többsége az öngyilkossági kísérletet megelőzően kapcsolatba lép, segítséget kér az elsődleges ellátó rendszertől (házi orvos), ez egyedül a fiatal férfi populációra nem igaz (Luoma és mtsai., 2002).

1.1.3. A férfiakra jellemző depressziós tünetek

Rihmer és munkatársai (1995) a Gotland vizsgálatban leírták, hogy a háziorvosok továbbképzése - azért, hogy hatékonyabban ismerjék fel a depressziót pácienseiknél - valóban a depressziós öngyilkosságok számának csökkenését eredményezte, de ezt főleg a nőknél tapasztalták. A férfiak befejezett öngyilkosságainak száma javarészt változatlan maradt (Rihmer és Rutz, 2000; Rutz és mtsai., 1997). Mindez at a felismeréshez eredményezte, hogy a férfi és női depressziós tünetképzés nagymértékben különbözhet egymástól, így fontos lenne a férfiak specifikusabb, gyakran externalizáló tüneteire kifejezett figyelmet fordítani a diagnosztika során. Fontos kiemelni, hogy a férfi depresszió speciális szindrómája nem csak a férfiakra, hanem a biológiai nemtől függetlenül azokra a betegekre jellemző, akik öngyilkossági hajlammal jellemezhetőek (Rice és mtsai., 2018). A depressziós tünetek kettőssége így egyre több tudományos figyelmet kapott. Pollack (1998) megváltoztatta a férfiak depressziójáról alkotott szemléletmódot modelljével. A diagnózis során a hagyományos depressziós tünetekről azokra a jelenségekre fordította figyelmét, amelyek elsőre nem tűnnek az affektív zavarral

kapcsolatban állónak, de a depressziós férfiaknál gyakrabban jelentek meg. Ezek a túlzott munkahelyi aktivitás, fájdalmak tagadása, kapcsolatoktól való elzárkózás, rigid ragaszkodás az autonómiához, segítség elutasítás, impulzivitás, lehangoltság tagadása, erős önkritika, túlzásba vitt bármilyen tevékenység (pl. sport), toleranciaszint csökkenése, antiszociális megnyilvánulások és az abúzusra való hajlam (Pollack, 1998).

Rice (2012) kutatása kilenc általános férfi depressziós tünet azonosításához vezetett: *düh* (a harag kognitív tudatosítása, illetve kifejezése és fokozódása), *agresszió* (fizikai vagy verbális agressziót mutató viselkedésformák), *figyelemelterelés és elkerülés* (viselkedésmódok, amelyekkel el lehet terelni a figyelmet a személyes problémákról/nehezedésekről, vagy el lehet kerülni a velük való foglalkozást); *érzelmi elfojtás* (a negatív érzelmek aktív elfojtása, képtelenség a negatív érzelmek kifejezésére és azonosítására, az érzelmek hatásának minimalizálása); *ellenségesség, elszigetelődés és kapcsolati viszály* (ellenségeskedés másokkal, elvonulás a környezettől, a magányos aktivitások növekedése), *ingerlékenység* (ingerültség, frusztráció, bosszúság, képtelenség a megnyugvásra); *alkohol vagy drogok általi elkábítás* (az alkohol vagy drogok problémás használata, mint megküzdési stratégia); *kockázatvállalás* (tényleges, vagy fenyegető veszélyt jelentő viselkedés, vakmerőség, vagy az önjólétre való kevés figyelem), *szomatikus tünetek* (testi panaszok lehetséges pszichológiai eredetűek, a fizikai egészségi állapot romlása, a testi egészségi állapot romlása).

Egy átfogó kutatásban kimutatták, hogy az addig általános tendencia (miszerint kétszer annyi nőt diagnosztizálnak depresszióval) eltűnt, amikor a diagnosztikai rendszerbe bevették a szerhasználatot, a túlzott kockázatvállalást és a dühkezelési problémákat is (Cavanagh és mtsai, 2016; Martin és mtsai., 2013). A szuicid paradoxon mögött részben tényleg a beszűkült diagnosztikai rendszer állhat. Azonban ahogy a mondás is tartja, minden érme két oldalú, így a férfi depresszió problémaköre is. Cole és Davidson (2019) kutatásukban férfiak percepcióját vizsgálták a depresszió különböző megjelenési formáiról. A depressziós tünetek megítélésénél a mintában szereplő férfiak kevésbé súlyosnak értékelték a férfi depressziós tüneteket, mint a hagyományos tüneteket. Tehát a férfiak kevésbé súlyosnak értékelik ki saját férfi depressziós tüneteiket is, ezért nem kérnek időben segítséget. A férfi depressziós tünetekre való figyelemfelhívás fontos feladata nem csak a pszichológia, de az orvostudománynak is, ugyanis a depresszió pontosabb diagnosztizálása életet menthet.

1.1.4. Férfi depressziós tünetek nőkben?

A férfi depressziós tünetek nem csak a férfiak körében relevánsak. Az utóbbi években kutatások azt mutatták, hogy a nők egyre férfiasabbá válnak, míg a férfiak egyre femininebbé. Ez alapján csökkennie kéne a nemi szakadéknak a depresszió epidemiológiájában (Udry, 2000).

Egy férfi depressziós tünetek megoszlását vizsgáló kutatásban kifejezetten arra jutottak, hogy az összes férfi depressziós tünet esetében gyakrabban jelentették azokat nők, mint férfiak, kivéve az üresség érzését és az alkohol és szerhasználatot. A mintájuk 25,6%-ában fent állt a férfi depresszió veszélye és ez a nők csoportját jobban érintette, mint a férfiakét. Ugyanakkor a rizikós csoporton belül nem voltak nemi különbségek. A nőknél a legmarkánsabb externalizáló tünetek a szubjektív stressz és az agresszió volt (Möller-Leimkühler és Yüce, 2010). Egy magyar kutatás is megerősíti az utóbb leírtakat. Az agresszió kifejezése, az ingerelhetőség, a feszültség és nyugtalanság gyakoribb volt a nőknél, mint a férfi csoportban (Amássy és mtsai., 2014). Számos kutatásban bizonyították, hogy a depressziós tünetek sokféleségét (externalizálók-internaizálók). Cochran és Rabinowitz (2000) kétlépcsős depresszió mérést ajánl a pontos diagnózishoz.

1.2. Önegyüttérzés

Az önegyüttérzésre mint jellemzőre a pszichológiai egészség, az önmagunk iránti egészséges attitűd új meghatározójaként tekinthetünk (Sági és mtsai., 2013). Egyfajta befelé fordított együttérzés (Neff, 2012, p. 79). Amikor a magasan önegyüttérző egyén kihívásokkal, saját gyengeségével és fájdalmával szembesül, akkor kedvességgel tud ezekhez fordulni. Továbbá kiegyensúlyozott látásmóddal viszonyul önmaga és mások negatív érzelmi állapotához egyaránt (Neff, 2012). Három komponensre bontotta az önegyüttérzést, s mindegyikhez egy ellenpárt is kapcsolt. Az Önmagunk iránt érzett kedvesség (Self-Kindness), ellentéte az Önbírálat (Self-Judgment). Ez az a tulajdonságunk, hogy kudarcaink, bukásaink alkalmával is képesek vagyunk megértőek, kedvesek lenni önmagunkhoz. Második komponens pár a Közös emberi természet (Common Humanity) és az Izoláció (Isolation). Optimális esetben felismerjük tökéletlenségünket, de azt is, hogy nem vagyunk egyedül, a tökéletlenség normális. Harmadik komponens pár a Jelentudatosság (Mindfulness) és a Túlzott azonosulás (Over-Identification). Optimális esetben ki tudunk lépni a negatív gondolatok spiráljából, nem rágódunk túlzottan a negatívumokon és objektíven tekintünk a problémánkra (Neff, 2003b).

A magas szintű önegyüttérzés kapcsolatba hozható az étellel való elégedettséggel, érzelmi intelligenciával, társas kapcsolódóképességgel, magas szintű célok megfogalmazásával, illetve negatív korrelációban áll a depressziós tünetek számával, ruminációval, szégyenérzettel, önkritikával, kudarcból való félelemmel és a kiégéssel is (Barnard és Curry, 2011; Neff, 2012). Korábbi kutatások alátámasztják, hogy pozitív kapcsolatban áll többek között a depresszióval, a szorongásos zavarokkal, és olyan pszichopatológiára hajlamosító tényezőkkel, mint a rumináció és az elfojtás (Muris és mtsai., 2018). A témában végezett beavatkozó kutatások szerint az önegyüttérzés fejlesztésével ezek a

patológiák hatékonyan kezelhetőek (Diedrich és mtsai. 2016; Johnson és O'Brien 2013; Odou és Brinker, 2014; Shapira és Mongrain, 2010).

1.2.1. Önegyüttérzés és depresszió

A depressziós tünetek az önegyüttérzés pozitív aspektusaival negatívan, a negatív aspektusaival (ellentétpár faktorokkal) pozitívan korreláltak szublinikai mintán (Barnard és Curry, 2011; MacBeth és Gumley, 2012; Mills és mtsai., 2007; Ying, 2009). Krieger és munkatársai (2013) két csoport önegyüttérző képességeit vizsgálták: az egyik csoport klinikai depressziós diagnózissal rendelkező személyek, a másik csoport olyan személyekből állt, akik még soha nem éltek át depressziós epizódot. A depressziós vizsgálati személyek kevésbé voltak önegyüttérzőek, mint az egészséges alanyok. A szerzők kiemelik, hogy úgy tűnik, a depressziós páciensekből hiányzik az önegyüttérzés képessége és felhívják a figyelmet arra, hogy a depresszió kezelésében fontos szerepet tölthetne be az ezen képességek fejlesztése (Krieger és mtsai., 2013).

1.3. Perfekcionizmus

A perfekcionizmus egy többdimenziós diszpozíció, ami a hibátlanságra való törekvést, nagyon magas teljesítménybeli elvárásokat és túlzott önkritikusságot jelent (Frost és mtsai., 1990; Hewitt és Flett, 1991b; Slaney és mtsai., 2001). A perfekcionizmus tudományos megítélése sokat változott a pszichológia történelme során, máig tudományos vita övezi. A kutatók egy része adaptivitás tekintetében modellezi a perfekcionizmust (Slaney és Johnson, 1992), más kutatók viszont nem bontják szét a perfekcionizmust előnyös és hátrányos formára, több dimenzió mentén ragadják meg. Az első ilyen modellt Frost és munkatársai (1990) alkották meg. Manapság már több multidimenziós modell is létezik, legnépszerűbb közülük a személyközi és személyen belüli megjelenési formára koncentráló Multidimenzionális Perfekcionizmus Skála (Hewitt és mtsai., 1991).

1.3.1. A perfekcionizmus dimenziói- Multidimenzionális Perfekcionizmus Modell

Kutatásomhoz a Hewitt és munkatársai (1991, 2017) által kidolgozott modellt vettem alapul, hiszen ez nem csak az intraperszonális, de az interperszonális dimenzióját is megragadja a perfekcionizmusnak. A modell három perfekcionizmus dimenziót különböztet meg: én-orientált, társas elvárásként megélt és másokra irányuló perfekcionizmus. Az én-orientált perfekcionizmus dimenzióját magas személyes elvárások felállítása, a tökéletességre törekvés, mindemellett erős önkritika alkalmazása jellemzi. A társas elvárásként megélt perfekcionizmus dimenziójában azt éli meg, hogy mások elvárják tőle, hogy tökéletes legyen, és ehhez mások kritikájától, negatív kiértékelésétől és másoknak való megfelelés kudarcától való félelem társul. A másokra irányuló perfekcionizmus dimenzió azzal jellemezhető, hogy a személy másoktól

tökéletességet vár el, kritikusan mérlegeli azokat, akik nem az elvárásaiknak megfelelő szintet teljesítenek. A három dimenzió minden egyénben más-más arányban áll fent, de a perfekcionista személyeknél valamely dimenzió vagy dimenziók dominálnak. A modellt pár éve egészítették ki (Hewitt és mtsai., 2017).

1.3.2. A perfekcionizmus hatása a szubjektív jóllétre, mentális egészségre

A perfekcionizmus kutatása két úton halad. Az egyik a pozitív pszichológia, a másik pedig a klinikai pszichológia. Előbbi a szubjektív jólléttel kapcsolatban vizsgálódik, utóbbi pedig a perfekcionizmus és patológiák kapcsolata kapcsán. A perfekcionizmus, egy olyan diszpozíció, amely megváltoztatja az egyén gondolkodását és percepcióját saját viselkedéséről, teljesítményéről, magával és másokkal szembeni elvárásairól. Ez szubjektív jóllétükre is rányomja bélyegét, hiszen a perfekcionista személyek hajlamosak leértékelni és negatív fényben látni saját teljesítményüket, eredményeiket (Katzenmayer-Pump és Balázs, 2021) és szégyenérzetre és a büntudatra való hajlamuk nagyobb, mint nem perfekcionista társaiknak (Klibert és mtsai., 2005). A perfekcionizmust számos mentális betegséggel hozták már összefüggésbe: depresszióval (Hewitt és mtsai., 1996), szorongásos zavarokkal (Dobos és mtsai., 2018; Tyler és mtsai., 2020), étkezési zavarokkal (Pearson és Gleaves, 2006; Vacca és mtsai., 2020.), obszesszív-kompulzív zavarral (Miegel és mtsai., 2020), pszichoszomatikus zavarokkal (Yeshua és mtsai., 2019), inszomniával (Vincent és Walker, 2000), migrénes fejfájással (Mokhtari Mosayebi, 2020) krónikus fáradtság szindrómával (Wright és mtsai., 2021) és öngyilkosági gondolatokkal (Smith és mtsai., 2017). Konkrétabb eredmények azt mutatják, hogy a társas elvárásként megélt és az én-orientált perfekcionizmus dimenziója személyiségzavarokkal korrelál és zavart tárgykapcsolatokban gyökerezik (Ayearst és mtsai., 2012; Chen és mtsai., 2019).

1.3.3. Perfekcionizmus és a depresszió

Hewitt és Flett (1991a) tanulmányukban depressziós pácienseik perfekcionizmusát, egyéb pszichiátriai páciensek és egy egészséges kontroll csoport perfekcionizmusát mérték fel. A depressziós pácienseknek minden más vizsgált csoportnál szignifikánsan magasabb szintű én-orientált és társas elvárásként észlelt perfekcionizmusról számoltak be. Következtetésül a perfekcionizmus különböző dimenziói fontos szerepet játszhatnak a klinikai depresszió kialakulásában. A társas elvárásként észlelt és a másokra irányuló perfekcionizmus dimenzión magas pontszámot elért ambuláns páciensek kognitív terápiás kezelése kevésbé volt hatékony a depressziós tünetek csökkentésében, mint a nem perfekcionista páciensek esetében (Hewitt és mtsai., 2021).

Kimutatták, hogy perfekcionizmus jelenléte megbízhatóan előrejelzi a major depressziós epizód későbbi megjelenését (Hewitt és mtsai., 1996). Manapság bőséges bizonyítékunk van arra, hogy a társas elvárásként észlelt perfekcionizmus (perfekcionista aggodalmak) és az én-orientált perfekcionizmus (perfekcionista törekvések) hajlamosítanak és előre jelzik az öngyilkossági gondolatok megjelenését, a reménytelenségen túlmenően (Dean és Range, 1996; Hewitt és mtsai., 2006; Smith és mtsai., 2017).

1.3.4. *Depresszió-Önegyüttérzés- Perfekcionizmus*

A depressziós és a perfekcionizmus egyértelműen pozitív kapcsolatban állnak egymással. Számos kutatás rámutat azonban, hogy az önegyüttérzés védő szereppel bír a maladaptív perfekcionizmus, a depressziós tünetek kapcsolatában (Ferrari és mtsai., 2018; Fletcher és mtsai., 2019; Ong és mtsai., 2021; Tobin és Dunkley, 2021; Yeshua és mtsai., 2019). Bár önmagában nem tudja teljes mértékben letompítani a maladaptív perfekcionizmus és a depresszió közötti kapcsolatot, de szignifikáns moderátor szerepe bizonyított. A depressziónak való kitettség kisebb mértékű, ha az egyén magas önegyüttérzéssel jellemezhető (Ferrari és mtsai., 2018). Az együttérzés kontextus (compassionate context) modell szerint nem a perfekcionista gondolat jelenléte az, amely miatt kialakul a depresszió, hanem a perfekcionista gondolatra adott reakció áll a depressziós tünet mögött (Marshall és mtsai., 2015). Ferrari és munkatársai (2018) mintájukban azon személyeknél, akik a perfekcionista gondolatra önegyüttérzéssel válaszoltak, kevésbé volt jellemző a depressziós tünetek megjelenése, mint azon vizsgálati személyeknél, akik nem voltak eléggé önegyüttérzőek. Fletcher és munkatársai (2019) vizsgálatukban pozitív korreláció jelent meg a depresszió és a maladaptív perfekcionizmus között, a negatív korreláció a depresszió és az önegyüttérzés mértéke között. Ezen kívül az önegyüttérzés védő szerepe nem csak a perfekcionizmus és a depresszió kapcsolatában jelent meg, de a perfekcionizmus-szorongás és perfekcionizmus-érzelemszabályozási zavar kapcsolatokban is. Ezen eredmények alapján szilárdan állítható, hogy az önegyüttérzés képessége kulcsfontosságú a mentális egészség megtartásához. Emellett szól egy 2021-es kutatás eredménye is, melyben kiderült, hogy a magas önkritikával, alacsony önegyüttérzéssel és alacsony szintű mindfulness-szel jellemezhető perfekcionistaknál két év után általános disztressz és/vagy szorongás volt jelen (Tobin és Dunkley, 2021).

1.4. Férfi nemi szerephez való ragaszkodás

1.4.1. *A férfiassághoz való ragaszkodás jellemzése*

A férfiassághoz való ragaszkodást korábbi kutatások kapcsolatba hozták a férfi depresszióval (Mahalik, 2008). A nemi szerep normái a társas szocializáció révén alakulnak ki. A viselkedésünket, érzéseiket és gondolkodásukat férfiasság és nőiesség normáihoz igazítjuk

(Cialdini és Trost, 1999). Bár rengeteg féle férfiasságról beszélhetünk és a hegemon maszkulinitás téren és időn át változik (Connell, 2005) a hegemon maszkulinitás mégis a legdominánsabb formája a férfiasságnak a nyugati társadalmakban. A hegemon maszkulinitás „a nők és a férfiak marginalizált csoportjainak alárendelésével” (Connell, 2016, p. 303.), a gyengeség tagadásával, érzelmi gátlással, önállósággal és agresszióval hozható kapcsolatba (Carrigan és mtsai., 1985; Connell, 2000; Parent és Moradi, 2011). A férfiassághoz való ragaszkodás továbbá erősíti a férfi autonómiára való vágyát, sérthetatlenség érzését és sztoicizmusát (Rutz, 2001). Ezen belül a férfiasságához erősen ragaszkodó férfi úgy véli, hogy a harag az egyetlen elfogadható érzelem, amit kifejezhet (Fields és Cochran, 2011). A férfiak szélsőséges nemi szocializációja ahhoz vezethet, hogy a férfi nőies jelenségként értékelje ki a depresszió tüneteket, továbbá elfogadhatatlannak tartja, hogy segítséget keressen vagy kimutassa az érzelmi disztreesszt. (Cole és Davidson, 2019; Levant, 2005). Mindezek pedig elvezethetnek az externalizáló tünetek megjelenéséhez (Mahalik és mtsai., 2007), hiszen azon férfiak, akik erősen ragaszkodnak a hagyományos férfi szerepekhez, leggyakrabban olyan formában fejezik ki a depressziós tüneteket, ami könnyen összeegyeztethető a férfiaktól hagyományosan megkövetelt viselkedéssel (Cochran és Rabinowitz, 2000, 2003).

2. Kérdésfelvetés

2.1. Depressziós tünetek és nemek

1. Hipotézis: *Feltételezem, hogy a mintámban szereplő nők csoportjában szignifikánsan több a hagyományos depressziós tünet jelenik meg, mint a mintám férfi csoportjában.*
2. Hipotézis: *Feltételezem, hogy a mintámban szereplő férfiak csoportjában szignifikánsan jellemzőbbek lesznek az externalizáló depressziós tünetek, mint a mintám női csoportjában.*

A nők körében gyakoribb a depresszió, mint a férfiaknál (Weissman és Klerman, 1977, Salk és mtsai., 2017) és a férfiaknál a depressziós epizódban főleg externalizáló tünetek, míg a nőknél az internalizáló tünetek jellemzőbbek (Cochran és Rabinowitz, 2000; Galasinski, 2008; Kilmartin, 2005; Rutz, 2001; Oliffe és Phillips, 2008). Az externalizáló tünetekre nagyobb hangsúlyt kellene fektetnie a tudománynak, hiszen ezek főleg a férfi populációban jellemzőek, ám a diagnosztika során kevésbé figyelnek fel rájuk, így lehetséges, hogy több férfi hal meg öngyilkosság által, mint nő (Rutz és mtsai., 1997, Rihmer és Rutz, 2000). Ennek ellenére frissebb kutatások azt is igazolták, hogy a férfi depresszió a nők körében is jelentős (Walther és mtsai., 2021), sőt Möller-Leimkühler és Yüce, (2010) vizsgálatában a nőket jobban érintette a férfi depresszió, mint a férfiakat és bizonyos férfi depressziós tünetek gyakoribbnak bizonyultak a nőknél.

3. Hipotézis: *Feltételezem, hogy a mintában van különbség a férfiak és nők férfi depressziós tüneteik mértékében az érzelmi kontroll, a droghasználat, az alkoholfogyasztás, a düh, agresszió és a szomatikus tünetek tekintetében.*

A vizsgált externalizáló tüneteket (érzelmi kontroll, a droghasználat, az alkoholfogyasztás) Rice és munkatársai (2012) operacionalizálták és több kutatásban is azt találták, hogy ezek a férfiaknál gyakran jelennek meg depressziós tünetként. Azonban az agresszió, düh tünet esetében elképzelhető, hogy a nőknél jelenik meg gyakrabban, ezt korábbi eredményekre alapozom (Almássy és mtsai., 2014; Möller-Leimkühler és Yüce, 2010; Walther és mtsai., 2021).

2.2. Perfekcionizmus fajtái és a hagyományos depressziós tünetképzés

4. Hipotézis: *Feltételezem, hogy szignifikáns különbség van a BDI összpontszámok tekintetében az alacsony, közepes és magas én-orientált perfekcionizmussal jellemezhető csoportok között.*

5. Hipotézis: *Feltételezem, hogy szignifikáns különbség van a BDI összpontszámok tekintetében az alacsony, közepes és magas társas elvárásként megélt perfekcionizmussal jellemezhető csoportok között.*

6. Hipotézis: *Feltételezem, hogy nincs szignifikáns különbség a BDI összpontszámok tekintetében az alacsony, közepes és magas másokra irányuló perfekcionizmussal jellemezhető csoportok között.*

A társas elvárásként megélt és az én-orientált perfekcionizmus pozitív kapcsolatban állnak a hagyományos depressziós tünetekkel. A másokra irányuló perfekcionizmusnál nem számol be ilyen kapcsolatról a szakirodalom. A depressziós pácienseknek minden más vizsgált csoportnál magasabb értéket értek el az én-orientált perfekcionizmust tekintve, továbbá magasabb szintű társas elvárásként megélt perfekcionizmusról számoltak be (Hewitt és Flett, 1991a), ezért elképzelhető, hogy a magas én-orientált és társas elvárásként megélt perfekcionizmus csoportban szignifikánsan több hagyományos depressziós tünet van, mint ezen dimenziókon alacsonyabb csoportba sorolt egyéneknél. Az én-orientált és társas elvárásként megélt perfekcionizmus megbízhatóan előrejelezi az öngyilkossági kísérletet (Dean és Range, 1996; Hewitt és mtsai., 2006; Smith és mtsai., 2017). Az öngyilkossági kísérletet elkövetők között gyakoriak a magas perfekcionista törekvésű személyek (Katzenmajer-Pump és Balázs, 2021).

2.3. Perfekcionizmus fajtái és a férfi depressziós tünetképzés

7. Hipotézis: *Feltételezem, hogy szignifikáns különbség van a MDRS (férfi depressziós) összpontszámok tekintetében az alacsony, közepes és magas én-orientált perfekcionizmussal jellemezhető csoportok között.*

8. Hipotézis: *Feltételezem, hogy szignifikáns különbség van a MDRS (férfi depressziós) összpontszámok tekintetében az alacsony, közepes és magas társas elvárásként megélt perfekcionizmussal jellemezhető csoportok között.*

9. Hipotézis: *Feltételezem, hogy szignifikáns különbség van a MDRS (férfi depressziós) összpontszámok tekintetében az alacsony, közepes és magas szintű másokra irányuló perfekcionizmussal jellemezhető csoportok között.*

A kutatások férfi depresszióval foglalkozó irány még gyerekcipőben jár, tudomásom szerint nincs eddig erre vonatkozó adat, de a hagyományos depressziós tünetekkel és az öngyilkossági kapcsolatban van (Rihmer, 2015). Az öngyilkosság és a férfi depressziós tünetek között is pozitív kapcsolat van (Rice és mtsai., 2019). A férfi depressziós tünetek esetében a másokra irányuló perfekcionizmus csoportjain belül is feltételezek eltéréseket, hiszen az externalizáló tünetekben és a másokra irányuló perfekcionizmusban is a környezetre vetítés jelenik meg.

2.4. A depressziós tünetek jelenléte alapján kialakított csoportokra (4 csoport) Elemzés során ezt a négy csoportot vizsgálom: 1. csoport: sem hagyományos, sem férfias depresszió valószínűsége nincs, 2. csoport: csak hagyományos depresszió, 3. csoport: csak férfias depresszió, 4. csoport: hagyományos és férfias depresszió gyanúja. A továbbiakban az egyszerűség kedvéért ezekre az almintákra 4 csoportként hivatkozom.

10. Hipotézis: *Feltételezem, hogy a 4 csoport között szignifikáns eltérés van a perfekcionizmus mértékét, az én-orientált perfekcionizmus, társas elvárásként megélt, másokra irányuló perfekcionizmus, önegyüttérzés és a férfiassághoz való ragaszkodás mértékét tekintve.*

Ezen feltételezéseimre jelenleg nem áll rendelkezésre szakirodalmi adat, de a depresszió és a hipotézisben felsorolt konstruktumok kapcsolatáról igen (Barnard és Curry, 2011; Dean és Range, 1996; Hewitt és mtsai., 2006; MacBeth és Gumley, 2012; Mahalik, 2008; Smith és mtsai., 2017).

2.5. Önegyüttérzés mértéke és depressziós tünetek

11. Hipotézis: *Feltételezem, hogy a mintában a magas önegyüttérző képességgel rendelkező személyek csoportjában szignifikánsan kevesebb hagyományos depressziós tünet jelenik meg, mint az alacsony önegyüttérző képességgel jellemezhető csoportjában.*

Szubklinikai mintán az önegyüttérzés mértéke negatívan korrelál a depresszióval (Barnard és Curry, 2011; MacBeth és Gumley, 2012; Mills és mtsai., 2007; Ying, 2009) és a depressziós vizsgálati személyek kevésbé önegyüttérzőek, mint az egészségesek. A klinikai depressziósok körében, mintha hiányozna az önegyüttérzés képessége (Krieger és mtsai., 2013).

Feltételezem, hogy a mintában a magas önegyüttérző képességgel rendelkező személyek csoportjában szignifikánsan kisebb férfi depresszió mértéke, mint az alacsony önegyüttérző képességgel jellemezhető csoportjában.

Olyan szakirodalmat, amely konkrétan erre a kérdésre választ adott volna, nem találtam. Azonban ismét, azzal tudom alátámasztani, hogy feltételezésemnek lehet alapja, hogy a férfi depresszió ugyanolyan súlyos állapot, mint a hagyományos depresszió, így azt feltételezem, hogy a fentebb leírtaknak megfelelően a férfi depresszió mértéke szintén magasabb lesz az alacsony önegyüttérzők körében, mint a magas önegyüttérzők körében.

Kutatásomban továbbá megfogalmazok kutatási kérdéseket, amelyeket korábbi szakirodalmakban nem tárgyaltak: az önegyüttérzés és a perfekcionizmus együttes hatása a depresszióra. Mindkét konstrumtumról korábban bizonyították, hogy összefüggésben vannak a depresszióval (Hewitt és Flett, 1991a, Barnard és Curry, 2011; MacBeth és Gumley, 2012; Mills és mtsai., 2007; Ying, 2009); megvizsgálom ennek dinamikáját.

2.6. Férfiassághoz való ragaszkodás és a férfi depresszió kapcsolata

12. *Hipotézis: Feltételezem, hogy a férfi depresszió mértéke (alacsony vagy magas) és férfiassághoz való ragaszkodás között (alacsony-magas) kapcsolat van.*

Korábbi kutatásokban a kettő szoros összefüggéséről számoltak be (Cochran és Rabinowitz, 2000, 2003; Mahalik, 2008; Real, 1997).

1. A kutatás bemutatása

1.3. Minta és mintavétel

Kutatásom célcsoportja a magyar populáció, 18 éven felüli nők és férfiak voltak. Vizsgálatomat a Kutatásetikai bizottság engedélyezése után, közösségi média felületen, online formában elérhetőségi mintavétellel végeztem. Adatgyűjtésem 2022. január-március között zajlott.

1.4. Minta általános jellemzői

A mintavételi eljárás során 201 személytől gyűjtöttem adatot, 113 nőtől (56,2%) és 88 (43,8%) férfitől. Az átlag életkor 33,5 év.

1.5. Vizsgálati módszerek

Kutatásomban a demográfiai kérdéseken túl standard kérdőíveket használtam.

1.5.1. Általános demográfiai kérdések és előzetes kortörténet

A vizsgálati személyek nemükkel, életkorukkal, családi állapotukkal és legmagasabb végzettségükkel kapcsolatos kérdésekre válaszoltak. Ezek után rákérdeztem a vizsgálati személyek előzetes kortörténetére (depresszió, egyéb pszichés betegség, kezelések).

1.5.2. Beck Depresszió Kérdőív (BDI) – 1. melléklet

A kérdőívet Beck és munkatársai (1961) alkották meg, hogy képesek legyenek meghatározni az esetlegesen fennálló depresszió súlyosságát, jelenleg ez a depresszió egyik leggyakrabban használt mérőeszköze. A 21 tételt tartalmaz, a depresszió affektív, kognitív, motivációs és szomatikus összetevőit térképezi fel négy pontos skálán. Magyar mintán a kérdőív pszichometriai elemzése nagyon jó validitás- és reliabilitásértékeket mutat (Kopp, 2007). A tünetek a szomorúság, pesszimizmus, kudarcok, értéktelenség, önbüntetés, önutálat, önhibáztatás, öngyilkosság, sírás, testkép, elégedetlenség, ingerlékenység, visszahúzódás, döntésképtelenség, munkaképtelenség, fáradtság, hipochondria, álmatlanság, étvágytalanság, súlycsökkenés (Beck és mtsai., 1961).

1.5.3. Férfi Depresszió Kockázatbecslő Skála magyar verziója (MDRS) – 2.

melléklet

A kérdőív azzal a céllal jött létre, hogy a férfi depressziót empirikusan lehessen mérni, ezzel kiterjesztve a diagnosztikát (Rice és mtsai., 2013). A kérdőív megbízhatóan bejósolja a klinikai depressziós diagnózist és az öngyilkossági kísérletet. (Rice és mtsai., 2019). A kérdőív 6 tényezőt ragad meg: érzelmek elnyomása, drog használat, alkohol fogyasztás, düh és agresszió, szomatikus tünetek; kockázatvállalás (Rice és mtsai., 2013). Bár több olyan skála is elérhető, amely a férfi depressziót méri, mégis ez bizonyult pszichometriailag a legmegbízhatóbbnak (Rice és mtsai, 2015; Rice és mtsai., 2019). A mérőeszköz magyar validálása kutatásom során folyamatban volt, a magyar standard adatok nem álltak rendelkezésemre.

1.5.4. Hewitt-Flett Multidimenzionális Perfekcionizmus Kérdőív magyar változata (MPS) – 3. melléklet

A kérdőív a perfekcionizmus konstruktumának multidimenzionális modelljére támaszkodik, amely megkülönböztet én-orientált, társas elvárásként megélt és másokra irányuló perfekcionizmus dimenziókat (Hewitt és mtsai., 1991). A kérdőív validálását magyar nyelvre Olajos és munkatársai (2021) végezték el, a magyar kérdőív megbízható mérőeszköznek minősült.

1.5.5. Az Önegyüttérzés (Self-Compassion) kérdőív magyar változata (SCS-H) – 4.

melléklet

Az önegyüttérzést Neff (2003a) 3 komponenssel írta le, amelyben ellentétpárokról beszélt és ezek mérésére kidolgozta a Self-Compassion Scale-t, amelyet Sági és munkatársai (2013) validálása és pszichometriai vizsgálata révén az Önegyüttérzés skálaként használunk. A

kérdőív fordításáról Kulcsár (2009) gondoskodott. Önegyüttértés skála eddig magas reliabilitás értéket és jó teszt-reteszt korrelációt mutatott (Sági és mtsai., 2013).

1.5.6. *Maszkulinitáshoz Való Ragszkodás Skála - Conformity to Masculine Norms Inventory (CMNI-30) – 5. melléklet*

A kérdőív első verzióját Mahalik és munkatársai publikálták 2003-ban. Céljuk az volt, hogy mérőeszközük a férfiassághoz kötődő normák széles sorát tudja felmérni. 11 faktorba rendeződnek a kérdőív itemjei. Kutatásomban a 30 állítást tartalmazó, rövid változatot használok, amit Levant és munkatársai (2020) validáltak. A 10 faktor a következő: érzelmi kontroll, győzelem, playboy, erőszak, heteroszexuális önbemutató, státusz üldözése, munka elsőbbsége, nők feletti hatalom, önállóság, kockázatvállalás. A kérdőív kitöltőjének el kell döntenie az olvasott állításokról, hogy mennyire ért velük egyet az 1-6-ig terjedő Likert-skálán. A kérdőív magyar nyelvre fordítását a szerző engedélyével én és egy diáktársam végeztük el, témavezetőink segítségével és felügyeletével.

2. Eredmények

Vizsgálati eredményeim elemzéséhez a Jamovi (2.3.2.) és az SPSS (20) statisztikai programcsomagot használtam.

2.3. A mérőeszközök megbízhatósága

A konzisztencia mutató, Cronbach-alfa mutató értékét az összes reliabilitás vizsgálatban 0,6 és 0,7 közötti értéknél fogadtam el. A vizsgálatomban használt skálák jó belső konzisztenciával rendelkeznek, ezek az 1. táblázatban, az alskálák belső konzisztenciája pedig a 2. táblázatban láthatóak (6. és 7. melléklet). Az alskálák tekintetében az MDRS-22 esetében megfigyelhető, hogy a Kockázatvállalás alskála belső konzisztenciája nem éri el az elvárt értéket, a német MDRS-22 validálásakor is ezt tapasztalták (Walther és mtsai., 2021), úgy tűnik, ez az alskála további pontosításra szorul, a továbbiakban fenntartásokkal kezelem. Ugyan ez igaz a CMNI-30 esetében a Státusz üldözése alskálájára.

2.4. Depressziós tünetképzés

Elemzésem első célja, hogy feltérképezsem a depressziós tünetképzést a mintámban. A nők és férfiak depressziós tünetképzése közötti különbséget vizsgáltam. Kétlépcsős módszerrel mértem a depressziós tüneteket, a szakirodalom alapján (Cochran és Rabinowitz, 2000). Egyrészt a BDI segítségével, másrészt az MDRS használatával mértem a kétféle tüneteket. Elősként a BDI összpontszámokat hasonlítottam össze. A mintám a BDI kategorizálás alapján 35,5%-ban volt jellemezhető legalább enyhe hagyományos depresszióval, az egyének 18,8%-ánál enyhe, 8,1%-ánál közép súlyos és 8,6%-ánál súlyos depressziós állapot feltételezhető. Nemek tekintetében 42 nőnél és 24 férfinél jelzett a BDI legalább enyhe

depresszió fennállásának lehetőségét. 14 férfinél és 21 nőnél enyhe, 3 férfinél és 12 nőnél közepes és 7 férfinél, 9 nőnél súlyos hagyományos depressziós állapot gyanúja áll fenn.

Feltételezem, hogy a mintában szereplő nők csoportjában szignifikánsan több a hagyományos depressziós tünet jelenik meg, mint a mintám férfi csoportjában.

Mivel a BDI depresszió pontszámoknak nem volt normális eloszlása a mintában, így nem paraméteres eljárásokat alkalmaztam. A Mann-Whitney próba eredménye ($p=0.448$) alapján a mintában a nők és férfiak hagyományos depressziós tüneteinek száma közt nincs szignifikáns különbség. A mintában a hagyományos depressziós tünetek ugyanolyan mértékben vannak jelen a férfi és a női csoportban. Ezután megvizsgáltam, hogy a férfiakra valóban jellemzőbbek az externalizáló tünetek, mint a nőkre.

Feltételezem, hogy a mintában szereplő férfiak csoportjában szignifikánsan jellemzőbbek lesznek az externalizáló depressziós tünetek, mint a mintám női csoportjában.

Az MDRS-en elért összpontszámokat hasonlítottam össze a két nemi csoportban. A pontszámok nem normális eloszlásúak (Shapiro-Wilk, $p<0.001$), a Mann-Whitney próba eredménye alapján a mintában az MDRS pontszámok tekintetében sincs szignifikáns különbség a férfiak és a nők csoportja között.

2.4.1. MDRS alszkálák és nemi eltérések vizsgálata

Feltételezem, hogy a mintában van különbség a férfiak és nők férfi depressziós tüneteik mértékében az érzelmi kontroll, a droghasználat, az alkohol fogyasztás, a düh, agresszió és a szomatikus tünetek tekintetében.

Az alszkálakon elért pontszámok egyik esetben sem mutattak normális eloszlást, így Mann-Whitney próbát alkalmaztam a férfiak és a nők összehasonlítására. Az érzelmi elnyomása faktor esetében ($p=0,653$), a droghasználat faktor esetében ($p=0,446$), az alkohol fogyasztás faktor esetében ($p=0,783$), a düh, agresszió faktor esetében ($p=0,879$) és a szomatikus tünetek faktor esetében ($p=0,432$) a férfiak és nők csoportja között nincs szignifikáns különbség. Tehát alszkálánként sem különböztek mintában a nők és férfiak csoportja a férfi depressziós tünetképzés tekintetében.

2.4.2. BDI alszkálák és nemi eltérések vizsgálata

A BDI-n a következő három alszkálát különítették el: negatív attitűdök, teljesítmény zavar, szomatikus tünetek (Rózsa és mtsai, 2001). Ebben a három faktorban megjelenő esetleges nemi eltéréseket teszteltem a következőkben. Először a negatív attitűd faktoron belüli nemi eltéréseket. A változó értékeinek eloszlása nem normális eloszlású, Mann-Whitney próbát használtam. Az eredmények alapján nincs különbség a nők és férfiak csoportja között a negatív

attitűd változót vizsgálva ($p=0,755$), sem a teljesítmény zavara faktor ($p=0,365$), sem pedig a szomatikus tünetek faktor esetében sem ($p=0,456$) szignifikáns különbség a két nem között.

2.4.3. 4 csoport kialakítása és kapcsolat ellenőrzése

A mintám 36,2%-a érintett lehet férfi depresszióval válaszaik alapján. Ez az arány egy kicsit még nagyobb is, mint a hagyományos depresszióval érintettek aránya (35,5%). Mivel a magyar validáció az MDRS tekintetében dolgozatom írása időpontjában nem áll rendelkezésre, így egy alacsonyabb és egy magasabb férfias depresszióval jellemezhető csoportot alakítottam ki klaszteranalízissel. A kétlépéses klaszteranalízis 2 csoportot különített el, egy férfi depresszióval nem jellemezhető (1), amelybe a 174 főből 111 (63,8%) tartozik, és egy férfi depresszióval jellemezhető csoportot (2), amelybe 63 (36,2%) egyén tartozik. A nem férfi depressziós csoport (1) MDRS pontszám átlaga 9,05, a férfi depressziós csoport (2) pontszám átlaga pedig 33,43. Ezután a BDI-n depressziós és nem depressziós csoportot is kialakítottam (standard értékeknek megfelelően 9 pont felett enyhe depresszió gyanúja áll fenn).

A további elemzések céljából a vizsgálati személyeket négy csoportba osztottam:

1. csoport: Sem a BDI, sem az MDRS skálán nem mutat számottevő depressziós tüneteket – egyik skálán sem éri el a kérdőívek depressziót jelző határértékét;
2. csoport: A BDI összpontszám alapján a depresszió valószínűsíthető, viszont az MDRS nem jelez depressziót;
3. csoport: A vizsgálati személynél csak a férfi depressziót mérő skála (MDRS összpontszám alapján) jelez lehetséges depressziót;
4. csoport: A csoport tagjainál BDI és MDRS skála alapján is valószínűsíthető a depresszió.

A BDI depresszió és az MDRS depresszió kapcsolatát Khí-négyzet próbával ellenőriztem, melynek eredménye szignifikáns összefüggést mutat: $\chi^2(1, 164) = 48,53$, $p < 0,001$; Cramer's $V = 0,544$. A keresztábra a 8. mellékletben, a 3. Táblázatban látható.

A két kérdőív alapján mért depresszió pontszámokból kialakított kategóriák és a nemek közötti összefüggést Khí-négyzet próbával elemeztem, melynek eredménye: $\chi^2(3, 164) = 6,88$, $p = 0,076$; Cramer's $V = 0,205$. Mivel gyenge értékű a Cramer's V és csak tendenciaszerű összefüggést találtunk, ezért a későbbi elemzések során a mintát nem bontottuk férfi és női almintára. Az a jelenség nem egyedi, a szakirodalomban is találunk erre példát (Möller-Leimkühler és Yüce, 2010). Az eredményeket bemutató keresztábra a 4. táblázatban látható, amely a 9. melléklet.

A 4 csoportban megvizsgáltam a perfekcionista dimenziókban, az önegyüttérzésben és a férfiassághoz való ragaszkodásban (ezt csak a férfi mintán) mutatkozó eltéréseket, hogy

feltérképezem, a négy csoport háttérét. Akik csak hagyományos tüneteket mutatnak, valószínűleg más mértékű perfekcionizmussal, önegyüttérzéssel jellemezhetőek és az egyes csoportok férfi tagjai eltérő mértékben ragaszkodnak férfiasságukhoz.

Feltételezem, hogy a 4 csoport között szignifikáns eltérés van a perfekcionizmus összpontszámokat tekintve.

A perfekcionizmus összpontszám rangátlagai: 1. csoport 59,91, 2. csoportban 74,00, 3. csoportban 94,03 és a 4. (kevert) csoportban 99,06. Az ellenőrzéshez Kruskal-Wallis próbát használtam, mert a perfekcionizmus összpontszáma nem normális eloszlású. A 4 csoport perfekcionizmusa szignifikánsan különbözik egymástól ($H=24,95$, $p<0,001$), legperfekcionistább a kevert csoport.

Feltételezem, hogy a 4 csoport között szignifikáns eltérés van az én-orientált perfekcionizmus összpontszámokat tekintve.

Az én-orientált perfekcionizmus összpontszám rangátlagai: 1. csoportban 65,56, 2. csoportban (hagyományos) 65,71, 3. csoportban 95,78, és a 4. csoportban 102,38. Kruskal-Wallis próbát használtam, mert az én-orientált perfekcionizmus összpontszáma nem normális eloszlású. A 4 csoport én-orientált perfekcionizmusa szignifikánsan különbözik egymástól ($H=21,834$, $p<0,001$), leginkább én-orientált perfekcionista a kevert csoport.

Feltételezem, hogy a 4 csoport között szignifikáns eltérés van a társas elvárásként megélt perfekcionizmus összpontszámokat tekintve.

A társas elvárásként megélt perfekcionizmus rangátlagai: 1. csoportban 60,98, 2. csoportban (hagyományos) 79,87, 3. csoportban 91,28, és a 4. csoportban 108,6. Az ellenőrzéshez Kruskal-Wallis próbát használtam, mivel a társas elvárásként megélt perfekcionizmus összpontszáma nem normális eloszlású. A 4 csoport társas elvárásként megélt perfekcionizmusa szignifikánsan különbözik egymástól ($H=31,78$, $p<0,001$), leginkább társas elvárásként megélt perfekcionista csoport a kevert.

Feltételezem, hogy a 4 csoport között szignifikáns eltérés van a másokra irányuló perfekcionizmus összpontszámokat tekintve.

A másokra irányuló perfekcionizmus összpontszám rangátlagai: 1. csoportban 81,64, 2. csoportban 104,67, 3., csoportban 83,08, és a 4. csoportban 67,44. Az ellenőrzéshez Kruskal-Wallis próbát használtam, mivel a másokra irányuló perfekcionizmus összpontszáma nem normális eloszlású. A 4 csoport másokra irányuló perfekcionizmusának összpontszáma nem különbözik szignifikánsan egymástól ($H=7,3$, $p=0,063$).

Feltételezem, hogy a 4 csoport között szignifikáns eltérés van az önegyüttérzés összpontszámokat tekintve.

A társas elvárásként megélt perfekcionizmus összpontszám rangátlagai: 1. csoportban 100,28, 2. csoportban 70,89, 3. csoportban 64,83, és a 4. csoportban 28,18. Kruskal-Wallis próbát használtam, mert az önegyüttérzés összpontszáma nem normális eloszlású. A 4 csoport önegyüttérzésének összpontszáma szignifikánsan különbözik egymástól ($H=71,54$, $p<0,001$), a legalacsonyabb önegyüttérzéssel jellemezhető csoport a kevert.

Feltételezem, hogy a 4 csoport között szignifikáns eltérés van a férfiassághoz való ragaszkodás mértékét tekintve.

A férfiassághoz való ragaszkodás mértéke a CMNI skálán elért összpontszámnak felel meg. A változó rangátlagai: 1. csoportban 29,38, 2. csoportban (hagyományos) 20,5, 3. csoportban 40,65, és a 4. csoportban 45,36. Kruskal-Wallis próbát használtam, mivel a CMNI összpontszám változó nem normális eloszlású. A 4 csoport CMNI összpontszáma szignifikánsan különbözik egymástól ($H=9,62$, $p=0,022$), a férfiassághoz leginkább ragaszkodó csoport a kevert.

2.5. Perfekcionizmus és a depressziós tünetek

2.5.1. Hagyományos depressziós tünetek és perfekcionista csoportok összehasonlítása

Feltételezem, hogy szignifikáns különbség van a hagyományos depresszió mértéke tekintetében az alacsony, közepes és magas én-orientált perfekcionizmussal jellemezhető csoportok között.

Klaszteranalízis segítségével az én-orientált perfekcionizmus összpontszámokat tekintve alacsony $M=30,91$, (18,6%) (1), közepes én-orientált perfekcionizmusú, $M=52,08$, (48,6%) (2), és magas én-orientált perfekcionizmusú $M=68,53$, (32,8%) (3) csoportot hoztam létre. A BDI összpontszáma nem normális eloszlású, Kruskal-Wallis próbát alkalmaztam. A három csoport BDI összpontszámainak mediánja nem egyenlő egymással ($p<0,001$). A Dwass-Steel-Critchlow-Fligner páros összehasonlításból kiderült, hogy csak az alacsony-magas ($W=5,34$, $p<0,001$) és alacsony-közepes ($W=3,97$, $p=0,014$) én-orientált perfekcionizmusú csoportok különböznek, a közepes-magas csoportok nem ($W=2,68$, $p=0,139$). A három csoport mediánjai: alacsony én-orientált perfekcionizmusú csoport: 3, közepes én-orientált perfekcionizmusú :7, magas én-orientált perfekcionizmusú: 9.

Feltételezem, hogy szignifikáns különbség van a hagyományos depresszió mértékének tekintetében az alacsony, közepes és magas társas elvárásként megélt perfekcionizmussal jellemezhető csoportok között.

Klaszteranalízis segítségével a társas elvárásként megélt perfekcionizmus összpontszámokat tekintve egy alacsony (24,5%), $M=9,20$ (1), egy közepes (48,9%), $M=19,51$

(2) és egy magas társas elvárásként megélt perfekcionizmusú (26,6%), $M=30,08$ (3) csoportot hoztam létre. Kruskal-Wallis próbát alkalmazva a három csoportom BDI összpontszámainak mediánja nem egyenlő ($p<0,0001$). A Dwass-Steel-Critchlow-Fligner páros összehasonlításból kiderült, hogy mind a három csoport szignifikánsan különbözik egymástól: alacsony és közepes csoport ($W=4,35$; $p=0,006$), alacsony és magas csoport $W=7,93$; $p<0,001$, közepes-magas csoport ($W=6,13$; $p<0,001$). A három csoport mediánjai: alacsony társas elvárásként megélt perfekcionizmusú csoport: 3, közepes társas elvárásként megélt perfekcionizmusú: 6, magas társas elvárásként megélt perfekcionizmusú: 16. BDI összpontszám tekintetében és szignifikánsan több hagyományos depressziós tünetük van a magas csoportnak, mint a közepesnek, a közepes csoportnak, mint az alacsony csoportnak és a magas csoportnak, mint az alacsony csoportnak.

Feltételezem, hogy nincs szignifikáns különbség a hagyományos depresszió mértékének tekintetében az alacsony, közepes és magas másokra irányuló perfekcionizmussal jellemezhető csoportok között.

Klaszteranalízis segítségével a másokra irányuló perfekcionizmus összpontszámokat tekintve egy alacsony (15,6%), $M=14,38$ (1), egy közepes (67,2%), $M=25,61$ (2) és egy magas másokra irányuló perfekcionizmusú (32,8%), $M=36,48$ (3) csoportot hoztam létre. A három csoport BDI összpontszámainak mediánjai: alacsony csoportban 8, közepes csoportban 6 és magas csoportban 7 pont. Kruskal-Wallis próbát alkalmazva a három csoport BDI összpontszámainak mediánjai nem különböznek egymástól szignifikánsan ($p=0,241$, $df=2$). Nincs több hagyományos depressziós tünetük a magas másokra irányuló perfekcionizmusú személyeknek, mint a közepes vagy alacsony másokra irányuló perfekcionizmussú egyéneknek, ahogy a közepes-alacsony csoportok közt sincs szignifikáns eltérés.

2.5.2. Férfi depressziós tünetek és perfekcionista csoportok összehasonlítása

Feltételezem, hogy szignifikáns különbség van a férfi depresszió tekintetében az alacsony, közepes és magas én-orientált perfekcionizmussal jellemezhető csoportok között.

A hipotéziseim ellenőrzéséhez ismét a klasztereket használtam. A mintámban az én-orientált perfekcionizmus három csoportjában a férfi depresszió pontszámainak mediánjai: alacsony csoport: 7,5, közepes: 14,0, magas: 23. A hipotézisem ellenőrzéséhez az MDRS összpontszámot vizsgáltam meg az egyes én-orientált klaszterekben, ehhez Kruskal-Wallis próbát használtam, mert az MDRS összpontszám nem normális eloszlású változó. A három csoport férfi depressziós pontszámainak mediánjai szignifikánsan eltértek egymástól ($p<0,001$). Mindegyik csoport pontszáma eltér mindegyik csoporttól, az alacsony-közepes

csoport között ($W=4,27$, $p=0,007$), az alacsony-magas között ($W=6,13$, $p<0,001$) és a közepes-magas csoport között is ($W=4,34$, $p=0,006$) szignifikáns különbség van.

Feltételezem, hogy szignifikáns különbség van a férfi depresszió tekintetében az alacsony, közepes és magas társas elvárásként megélt perfekcionizmussal jellemezhető csoportok között.

A társas elvárásként megélt perfekcionizmus három csoportjában a férfi depresszió pontszámainak mediánjai: alacsony csoport: 10,0, közepes csoport: 13,0, magas csoport: 27,0. Az MDRS összpontszámot vizsgáltam meg a társas elvárásként megélt perfekcionizmus klaszterekben, ehhez Kruskal-Wallis próbát használtam. A három csoport férfi depressziós pontszámainak mediánja szignifikánsan eltér egymástól ($p<0,001$). Mind az alacsony-magas csoport között ($W=7,79$, $p<0,001$), mind a közepes-magas csoport között ($W=6,19$, $p<0,001$), mind az alacsony közepes társas elvárásként megélt perfekcionizmusúak csoportja között ($W=3,46$, $p=0,039$) van szignifikáns eltérés az MDRS összpontszámot illetően.

Feltételezem, hogy szignifikáns különbség van a férfi depresszió tekintetében az alacsony, közepes és magas másokra irányuló perfekcionizmussal jellemezhető csoportok között.

A mintámban a másokra irányuló perfekcionizmus három csoportjában a férfi depresszió pontszámainak mediánjai: alacsony: 18,0, közepes:14,0, magas csoport: 13,0. Az MDRS összpontszámot vizsgáltam meg a másokra irányuló perfekcionizmus klaszterekben. A három csoport férfi depressziós pontszámainak mediánja nem tér el egymástól szignifikánsan ($df=2$, $p=0,153$).

2.6. Önegyüttérzés és depressziós tünetek

2.6.1. Hagyományos depressziós tünetek és önegyüttérzés csoportok összehasonlítása

Feltételezem, hogy a mintámban a magas önegyüttérző képességgel rendelkező személyek csoportjában szignifikánsan kevesebb hagyományos depressziós tünet jelenik meg, mint az alacsony önegyüttérző képességgel jellemezhető csoportjában.

A hipotézisem ellenőrzéséhez klaszter analízis segítségével ketté választottam a mintámat egy alacsony önegyüttérzésű csoportra, 38,1%; $M=66,66$ (1), és egy magasan önegyüttérző 61,9%, $M=98,54$ csoportra (2). A két csoportban hasonlítottam össze a hagyományos depressziós tünetek számát a BDI összpontszám változó segítségével, Mann-Whitney próbát használtam. Előzetesen megvizsgáltam a két csoport mediánját a BDI összpontszám tekintetében: az alacsony önegyüttérzők mediánja: 11, a magas önegyüttérzők mediánja: 3. A magas és alacsony önegyüttérzők hagyományos depressziós tüneteik száma

szignifikánsan eltér egymástól ($p < 0,001$). Ezen eredmények alapján az alacsony önegyüttérzők esetében szignifikánsan több hagyományos depressziós tünet jellemző, mint a magas önegyüttérzők körében.

2.6.2. Férfi depressziós tünetek és önegyüttérzés csoportok összehasonlítása

Feltételezem, hogy a mintában a magas önegyüttérző képességgel rendelkező személyek csoportjában szignifikánsan kevesebb férfi depressziós tünet jelenik meg, mint az alacsony önegyüttérző képességgel jellemezhető csoportjában.

A két klasztert hasonlítottam össze a férfi depressziós tünetek száma tekintetében (MDRS összpontszám) Mann-Whitney próbát használva. Az alacsony önegyüttérzők mediánja: 21, a magas önegyüttérzők mediánja: 10. A magas és alacsony önegyüttérzők hagyományos depressziós tüneteik száma szignifikánsan eltér egymástól ($p < 0,001$). Ezen eredmények alapján az alacsony önegyüttérzők esetében szignifikánsan több férfias depressziós tünet jellemző, mint a magas önegyüttérzők körében.

2.7. Önegyüttérzés és perfekcionizmus együttes hatása a depresszióra

Elsőként a perfekcionizmus három dimenzióját (én-orientált, társas elvárásként megélt

és másokra irányuló) külön-külön és az önegyüttérzés együttes hatását szerettem volna megvizsgálni a hagyományos depressziós pontszámokra a teljes mintámon. Tehát, hogyan hathat az én-orientált perfekcionizmus és az önegyüttérzés együttesen, a társas elvárásként megélt perfekcionizmus és az önegyüttérzés együttesen és a másokra irányuló perfekcionizmus és az önegyüttérzés együttesen arra, hogy milyen mértékű hagyományos depressziója van az egyéneknek. Ehhez kétszemponthus varianciaanalíziseket végeztem. A próbák alapján az önegyüttérzés független változónak van [$F_{\text{önegyüttérzés}}(1;164)=32,3$, $p < 0,001$], az én-orientált perfekcionizmusnak azonban nincs szignifikáns főhatása [$F_{\text{énorientált}}(2;160)=1,03$, $p=0,361$] a hagyományos depresszió pontszámára. A két változó között nincs interakció. Az önegyüttérzés független változónak van [$F_{\text{önegyüttérzés}}(1;161)=15,09$, $p < 0,001$], de a társas elvárásként megélt perfekcionizmusnak nincs szignifikáns főhatása [$F_{\text{társaselv.p}}(2;161)=1,66$, $p=0,193$] a BDI pontszám változóra. A két változó között nincs interakció. Az önegyüttérzés független változónak szignifikáns főhatása van [$F_{\text{önegyüttérzés}}(1;164)=25,93$, $p < 0,001$], de a másokra irányuló perfekcionizmusnak nincs főhatása [$F_{\text{másokrairányuló}}(2;164)=0,73$, $p=0,725$]. Interakciót szintén nem figyeltem meg. Ahogy az 1. ábrán látszik (10. melléklet), csak az önegyüttérzés függvényében alakul a depresszió mértéke. Ezek után ugyanezen próbákat hajtottam végre, csak most az MDRS pontszámra gyakorolt hatást vizsgáltam teljes mintán. Az önegyüttérzés

független változónak és az én-orientált perfekcionizmusnak külön-külön szignifikáns főhatása van [$F_{\text{önegyüttérzés}}(1;154)=24,391$, $p<0,001$; $F_{\text{énorientáltP}}(2;154)=3,14$, $p=0,046$]. A kettő interakciója nem mutatható ki. Az önegyüttérzés független változónak és a társa elvárásaként megélt perfekcionizmusnak külön-külön szignifikáns főhatása van [$F_{\text{önegyüttérzés}}(1;155)=8,423$, $p=0,004$; $F_{\text{társaselv.P}}(2; 155)=3,16$, $p=0,045$]. A kettő interakciója nem mutatható ki. Az önegyüttérzés független változónak szignifikáns főhatása van [$F_{\text{önegyüttérzés}}(1;157)=28,17$, $p<0,001$] és a másokra irányuló perfekcionizmusak nincs főhatása [$F_{\text{másokrairányulóP}}(2;157)=1,87$, $p=0,158$]. Interakció tendenciaszerű a két változó között [$F_{\text{önegyüttérzés} \times \text{másokrairányulóP}}(2;156)=2,637$, $p=0,07$]. Az ábra az önegyüttérzés és perfekcionizmus dimenzióinak hatásáról az MDRS összpontszámokra a 11. mellékletben található.

Amikor egész mintán vizsgáltam az önegyüttérzés és másokra irányuló perfekcionizmus hatását az MDRS összpontszámokra, azt tapasztaltam, hogy az önegyüttérzés független változónak szignifikáns főhatása van [$F_{\text{önegyüttérzés}}(1;157)=28,17$, $p<0,001$] az MDRS pontszám változójára, a másokra irányuló perfekcionizmus változója azonban nincs főhatással rá [$F_{\text{másokrairányulóP}}(2;157)=1,87$, $p=0,158$] és csak tendenciaszerű interakció fedezhető fel közöttük ($p=0,072$). Azonban, amikor csak a férfiak csoportjában végeztem el a kétszemponos varianciaanalízist, kiderült, hogy ebben az esetben az önegyüttérzésnek szintén főhatása van [$F_{\text{önegyüttérzés}}(1,66)=10,37$, $p=0,002$], a másokra irányulónak csak tendenciaszerű főhatása az MDRS pontszámra [$F_{\text{másokrairányulóP}}(2,66)=2,74$, $p=0,072$], de megjelent a két változó között egy erős interakció [$F_{\text{önegyüttérzés} \times \text{másokrairányulóP}}(2,66)=5,8$, $p=0,005$]. A 3. ábráról (12. melléklet) leolvasható, hogy teljes mintán az alacsony önegyüttérzés és magas másokra irányuló perfekcionizmus mellett az MDRS pontszám átlaga 15 körüli, míg csak a férfi csoportot vizsgálva alacsony önegyüttérzés, ha magas másokra irányuló perfekcionizmussal párosul, az MDRS pontszám átlaga 10-re csökken.

2.8. Férfiassághoz való ragaszkodás és a férfi depresszió kapcsolata

Kutatásomban érintem a férfiassághoz való ragaszkodás témakörét is és vizsgálatom ennek mértékét a CMNI skála segítségével mértem.

Feltételezem, hogy a férfi depresszió mértéke (alacsony vagy magas) és férfiassághoz való ragaszkodás között (alacsony-magas) kapcsolat van.

Az MDRS depresszió (jelez depressziót vagy nem jelez depressziót) és a férfiassághoz való ragaszkodás mértékének (alacsony vagy magas) kapcsolatát Khí-négyzet próbával ellenőriztem, melynek eredménye szignifikáns összefüggést mutat: $\chi^2(1,69) = 5,14$, $p = 0,023$; Cramer's $V = 0,273$. A keresztábra az 13. mellékletben található.

2.9. Eredmények értékelése, következtetések és javaslatok

Az unipoláris depresszió az egyik leggyakoribb mentális betegség világszerte (WHO, 2017). A depressziós tünetképzés nagy változatosságot mutat. A depressziós egyének internalizáló és externalizáló tüneteket egyaránt képesek megélni állapotukban, ezért fontos, hogy külön figyelmet fordítsunk utóbbinak, azaz a „férfias” vagy atipikus szavakkal is gyakran illetett depressziós tünetekre (Cochran és Rabinowitz, 2000, 2003). Az epidemiológiai adatok női többségről számolnak, amikor a depressziós és az öngyilkossági kísérletek gyakoriságát vitatják. Azonban a befejezett öngyilkosságok $\frac{3}{4}$ -ét a férfiak követik el (Oquendo és mtsai., 2001; WHO, 2008), ami arra a sejtésre vezette a tudományt, hogy a férfiak depressziója ugyanúgy jelen van, csupán más tünetekkel jelentkezik, amit a diagnosztikai rendszer nem tárgyal (Martin és mtsai., 2013), vagy a férfiak ritkábban vállalják fel depressziójukat és ritkábban kérnek segítséget (Addis és mtsai., 2003).

A dolgozatomban vizsgáltam a depresszió eloszlását a mintámban két lépcsős mérés keretein belül, hogy a depresszió megjelenési formáiból minél többet regisztrálni tudjak. Sem a hagyományos, sem a férfiakra jellemző depresszió tekintetében nem volt szignifikáns különbség a nők és férfiak csoportja között, azaz megközelítőleg ugyanannyi nő szenved hagyományos depressziós tünetektől, mint férfi, és a férfi depressziós tünetképzés is ugyanolyan gyakori a nőknél, mint a férfiaknál a mintámban. Ez az eredmény kissé ellentmondásos a nemzetközi szakirodalommal, amiben azt írják, a serdülőkortól kezdve a nőkre szignifikánsan jellemzőbbek a hagyományos depressziós (Kessler és mtsai., 2007; Twenge és Nolen-Hoeksema, 2002). A férfi depressziós tünetek pedig a férfiak körében tűntek gyakoribbnak (Cochran és Rabinowitz, 2000). Egy korábbi kutatás mintájának 25,6%-ában fent állt a férfi depresszió veszélye és ez a nők csoportját jobban érintette, mint a férfiakét (Möller-Leimkühler és Yüce, 2010), tehát mondhatni sok ellentmondásos adat áll rendelkezésünkre. Az én eredményeim alapján nincs szignifikáns különbség abban, hogy a nőkre és férfiakra mennyire jellemzőek a hagyományos és férfias depressziós tünetek. Vannak olyan elképzelések, miszerint a férfi-női epidemiológiai különbségek a depressziót tekintve egyre csökkennek (Udry, 2000) és ez a változás a társas környezet változása miatt alakul ki, ezért fontos lenne ennek okait megérteni, ilyen lehet például a férfiassághoz való ragaszkodás mélyebb vizsgálata (Platt és mtsai., 2020).

Elemzésemet a depressziót mérő eszközök alszkáláinak vizsgálatával folytattam. A BDI egyes alszkáláit vizsgálva sem volt szignifikáns különbség a nemek között egyik faktor tekintetében sem. Az MDRS alszkálákon is feltérképeztem a nemi különbségeket, mivel korábbi kutatásokban bizonyos alszkálák tekintetében (düh, agresszió, érzelem kontroll, drog és alkohol

fogyasztás) jelentkeztek különbségek a nemi csoportok közt, (Addis és mtsai., 2008; Almássy és mtsai., 2014). Azonban nők nem hordoznak kevesebb férfi depressziós tünetet egyik alskálán sem. Az ő csoportjukban is ugyanolyan markánsan jelennek meg ezek a „férfias”, maszkoló tünetek.

Összességében nem találtam a teljes mintát tekintve számottevő nemi különbségeket, és amikor a nemek és az általam kialakított 4 féle depressziós tünetképzéssel jellemezhető csoport kapcsolatát vizsgáltam, csak tendenciaszerű kapcsolatot mutattak az eredmények, ezért a további elemzéseim során a teljes mintát vizsgáltam. Egyik skála szerint sem depressziósok között férfiak-nők aránya 50-50% volt. A csak BDI alapján depressziósok körébe több nő tartozott, csak MDRS alapján depressziós csoportba több férfi, és a kevert csoportban több nő szerepelt, mint férfi. Bár ezeknek az eloszlásoknak a tüzetesebb, mélyebb elemzése jelen kutatásomnak nem volt célja, ugyanakkor nagyon érdekes kutatási kérdéseket vet fel. Láthatjuk, hogy minden nem reprezentálja magát a 4 csoportban, ám a csoportonkénti nemi arányok eltérnek, bár ennek a statisztikai ellenőrzésére kutatásom nem tért ki. Ezen eredményeim erősíthetik azt az elképzelést, hogy a férfiak depressziójának szűrésekor kétlépcsős módszert használjanak, mert ahogy a mintámban is látszik, a nők főleg a BDI-n jeleznek be és találunk egy olyan csoportot, akik csak az MDRS skálával szűrhetők ki, azaz a jelenlegi diagnosztikai eszközök alapján nem kapnának megfelelő diagnózist (Cochran és Rabinowitz, 2000, 2003).

A BDI és MDRS depressziós állapotok között szoros összefüggés van. Tehát nem véletlenszerűen kerülnek az egyének a négy csoport egyikébe, de az összefüggés nem a nemben keresendő. A depresszió hátterében három tényezőt feltételeztem: a perfekcionizmust, az önegyüttérzést és a férfiassághoz való ragaszkodást. Hogy minél pontosabb eredményekre jussak a 4 csoporton belül néztem meg a perfekcionizmus, az egyes perfekcionizmus alskálák, az önegyüttérzés és a férfiassághoz való ragaszkodás összpontszámainak alakulását. A kevert csoportban volt szignifikánsan a legmagasabb a perfekcionizmus összpontszám változó értéke. Ugyanilyen összefüggést találtam az én-orientált perfekcionizmus mértékét és a társas elvárásként megélt perfekcionizmus mértékét vizsgálva: a kevert depressziós tünetű csoportban számottevően magasabb ennek mértéke. A másokra irányuló perfekcionizmus tekintetében ez nem mondható el, ennek mértékében ugyanis nincs szignifikáns különbség a 4 csoport között. Ezt követően arról is megbizonyosodtam, hogy az önegyüttérzés mértékét tekintve is szignifikáns különbségek jelentkeznek az egyes csoportok között, továbbá a kevert tünetű csoportban a legalacsonyabb a mértéke az önegyüttérzésnek. Ezen eredmény egybevág a korábbi kutatásokéval, amelyekben leírták, hogy a súlyos depressziósabb szenvedő egyéneknél gyakorlatilag hiányzik az önegyüttérzés képessége (Krieger és mtsai., 2013) és a szignifikáns

eltérés korábban is megjelenik a nem depressziós és depressziós csoportok között (Barnard és Curry, 2011; MacBeth és Gumley, 2012; Mills és mtsai., 2007; Ying, 2009). Ugyanakkor kiemelendő, hogy a kevert tünetű csoportban 28 körüli az önegyüttérzés rangátlaga, míg a második és harmadik csoportban 70 és 64 körül alakultak a rangátlagok. Ezek alapján a kevert tüneteket hordozók súlyosabb helyzetben lehetnek, hiszen önegyüttérzésük minimális szintekre csökken. A jövőben ennek a kevert tünetképű csoportnak a mélyebb vizsgálatát érdemes lenne elvégezni, hiszen az ő csoportjukban voltak majdnem minden esetben a legmagasabbak (vagy legalacsonyabbak az önegyüttérzés esetében) a rangátlagok. A négy csoport között a férfiasságban való ragaszkodás kapcsán is szignifikáns különbségek vannak. Ismét a kevert tünetű bizonyult annak a csoportnak, amelyben legmagasabb a férfiassághoz való ragaszkodás, ugyanakkor a csak férfi depressziós egyének csoportjának rangátlaga szorosan követi a kevert csoportét. Tehát az externalizáló tünetek és a férfiassághoz való ragaszkodás között érzékelhető a kapcsolat, hiszen az ilyen tünetű csoportokban mutatkozik a ragaszkodás magasabb foka. Ez egybevág a szakirodalomban felvetettekkel, miszerint a férfi depresszió és a férfiassághoz való ragaszkodás pozitívan korrelál (Levant és mtsai., 2020.; Mahalik, 2008).

Ezek után megfordítottam kutatási érdeklődésem fókuszát és a perfekcionizmus különböző dimenzióin alacsony, közepes és magas értéket elérők csoportjában vizsgáltam mind a hagyományos, mind a férfi depresszió mértékét. Azt találtam, hogy az én-orientált perfekcionizmus különböző szintjeihez tartozó egyének között szignifikáns különbség van a hagyományos depressziót tekintve és a magas szintű csoportra jellemző a legmagasabb szintű hagyományos depresszió. A társas elvárásként megélt perfekcionista három csoportjában ugyanezen felállást tapasztaltam, azonban itt sokkal kiugróbban, mint az én-orientált esetben. Ezt azzal tudnám magyarázni, hogy a társas elvárásként észlelt perfekcionizmus sokkal közelebb áll a maladaptivitáshoz, mint az én-orientált perfekcionizmus. Bizonyos szerzők a társas elvárásként megélt formát a perfekcionista aggodalmakhoz, míg az én-orientáltat perfekcionizmust a perfekcionista törekvésekhez kapcsolják (Stoeber és Childs, 2010). A másokra irányuló perfekcionizmus három csoportjába tartozóak között nem voltak szignifikáns különbségek a hagyományos depressziót tekintve, ez pedig azzal magyarázható, hogy a másokra irányuló depresszió nincs pozitív kapcsolatban a hagyományos depresszióval, hiszen a magas másokra irányuló perfekcionizmus miatt az egyén kevesebb negatív érzést és stresszt él meg hibázás, kudarc esetén, hiszen a környezetet okolja a hiba miatt, nem pedig önmagát (Hewitt és Flett, 1991a).

A fent leírtakat az MDRS összpontszám tekintetében is megvizsgáltam. Elemzésem alapján az én-orientált perfekcionizmus különböző szintjeihez tartozó egyének között

szignifikáns különbség van a férfi depressziót tekintve és a közepes szintű csoportra jellemző a legmagasabb szintű hagyományos depresszió. A társas elvárásként megélt perfekcionisták három csoportjában ugyanezen felállást tapasztaltam, és érdekes módon itt is a közepes szintű társas elvárásként megélt perfekcionizmussal jellemezhető csoportnál volt jellemző a legtöbb férfi depressziós tünet. A másokra irányuló perfekcionizmus három csoportjába tartozóak között nem voltak szignifikáns különbségek. Az én-orientált és a társas elvárásként megélt esetben is a közepesen én-orientált perfekcionistáknak és a közepes társas elvárásként megélt perfekcionisták esetében volt a legmagasabb férfi depresszió mértéke. Erre az eredményre korábbi kutatásokból magyarázatot nem találtam.

Kutatásomban arra is kíváncsi voltam, hogy a különböző szintű önegyüttérzéssel jellemezhető csoportoknál hogyan alakulnak a hagyományos és a férfi depressziós tünetek. Mindkét esetben azt találtam, hogy a magas és alacsony önegyüttérzők depressziójának mértékében szignifikáns eltérés van, legyen szó hagyományos vagy férfias depresszióról. Ezek az eredmények tovább erősítik azokat a korábbi kutatások által leírt eredményeket, hogy a depressziós páciensek körében nagyon minimális az önegyüttérzés mértéke (Krieger és mtsai., 2013).

Tovább mélyítve a depressziók és a mögöttük rejlő tényezők felkutatását kétszemponos varianciaanalíziseket végeztem, hogy megnézzem, milyen együttes és külön-külön érvényülő hatása van a perfekcionizmus különböző dimenzióinak és az önegyüttérzés mértékének a depresszióra (hagyományos és férfiasra külön-külön). A teljes mintán vizsgálódva a perfekcionizmus dimenzióinak nem volt számottevő hatása a depresszió mértékére, azonban az önegyüttérzésnek minden esetben kimutatható volt a főhatása. Interakció nem mutatkozott a változók között. Az MDRS összpontszámra gyakorolt hatás vizsgálatánál azonban az én-orientált perfekcionizmusnak és a társas elvárásként megélt perfekcionizmusnak is főhatása volt tapasztalható, és az önegyüttérzésnek is mindegyik felállásban volt főhatása az MDRS összpontszámra. A másokra irányuló perfekcionizmus főhatása nem jelentkezett. Interakció viszont csak utóbbi esetében volt megfigyelhető, tehát az önegyüttérzés és a másokra irányuló perfekcionizmus együttesen képes hatni az MDRS összpontszámra. A perfekcionizmus dimenziói a hagyományos depressziós pontszámokra nem voltak hatással, ám a férfi depressziós összpontszámokra igen.

Bár a korábbiakban a teljes mintával foglalkoztam, a férfi mintát szemlélve egy olyan eredményre bukkantam, aminek leírását fontosnak tartottam dolgozatomban. Amikor csak a férfi mintán vizsgáltam a másokra irányuló perfekcionizmus és önegyüttérzés hatását az MDRS összpontszámra, akkor azt tapasztaltam, hogy mindkét változónak főhatása van az MDRS

összpontszámra és szignifikáns interakció van a két változó között. Az ábrára (3. ábra) tekintve pedig leolvasható, hogy az alacsony önegyüttérzéssel társuló magas másokra irányuló perfekcionizmus azt eredményezi, hogy az MDRS csoportátlagok minimális szintre csökkennek a többi csoporthoz képest, ahol szintén alacsony volt az önegyüttérzés. Ez a csökkenés felkeltette az érdeklődésemet és elindított a magyarázat megtalálásának útján. Két féle lehetséges magyarázatot ismertetek. Az eredményeim alapján az egyén alacsony önegyüttérzéséből származó élményeket introjektálja, ez vezet a hagyományos depressziós tünetek megjelenéséhez, azonban, ha a személy másokra irányuló perfekcionizmusa, akkor az externalizáló depressziós tünetekre van egyedül hatása ezen tulajdonságának. A környezetétől elvárja a tökéletességet, és nem él meg kudarc esetén annyi diszstresszt és negatív érzést, emiatt alacsonyabb a depresszió mértéke, ugyanakkor az alacsony önegyüttérzés miatt mégis magasabb depresszió mértékre számíthatunk. Ahogy láthattuk, hiába van jelen az önegyüttérzés alacsony szintje, a magas másokra irányuló perfekcionizmus főhatása érvényesül és a férfi mintában még interakcióba is tudott lépni az önegyüttérzéssel, így közösen minimális szintre csökkentették a férfi depresszió mértékét. Elképzelhető, hogy azok a személyek, akik másoktól várják a tökéletességet a dependencia révén osztoznak a környezet tökéletességében. Azaz a „te sikered az én sikerem, hiszen a részed vagyok”, akárcsak a „rátámaszkodó”, anaklitikus pszichopatológiákban (Blatt, 1992, 2004). Ezen dependencia révén fordulhat elő, hogy az egyének lecsökkennek a depressziós tünetei, hiszen a dependencia miatt környezetének tökéletességéből ő is részesül, hiába alacsony az önegyüttérző képessége, depressziójának mértéke mégis minimális. Elképzelhető, hogy az a 7 egyén, akinek depressziós tünetei ilyen alacsonyan voltak a környezetre támaszkodik, elvárja tőle a tökéletességet, amelyben osztozik vele, így, ha alacsony is az önegyüttérzése, mégsem lesz depressziós. Az előbbi magyarázatom mögött a pszichoanalízis egy klasszikus elmélete áll. Blatt (1992, 2004) a személyiségfejlődés két párhuzamos útját különítette el: introjektív és anaklitikus. Az anaklitikus zavarok elsődleges inkább az interperszonális kapcsolatokkal, valamint az intimitás és a szexualitás kérdéseivel foglalkoznak. Az anaklitikus rendellenességek közé tartozik többek között az anaklitikus depresszió is. Ebben a depressziótípusban a túlzott interperszonális aggodalmakkal, magányosságtól, a gyengeségtől, a tehetetlenségtől és az elhagyatottságtól való félelem dominál. Az anaklitikus depresszió pozitív kapcsolatban áll a társas elvárásként észlelt perfekcionizmussal. A másik lehetséges magyarázat az öngyilkosság előtt megfigyelt disszociált állapotból eredeztethető. Aki alacsony önegyüttérzésű, nem képes empatizálni saját magával, izoláció jellemző rá, önbírálat, nem kedves magához, hibái mélyen érintik őt és nagymértékben meghatározzák önértékelését (Neff, 2003b, 2003a). Aki emellett magas

másokra irányuló perfekcionizmussal jellemezhető, az környezetétől elvárja a tökéletességet, a hibátlanságot. A magas másokra irányuló perfekcionizmusú és alacsony öngyűttérzéssel rendelkező csoportba 7 személy (férfi) tartozik. Azok, akik nagyon nyugodtnak tűnnek, lehet, hogy disszociált állapotba kerültek, szétválasztották érzelmeiket gondolataiktól és az öngyilkosságot az egyetlen jó megoldásnak tartva megnyugszanak. Esettanulmányokból kiderült, hogy bizonyos személyek, miután elhatározták, hogy öngyilkosságot követnek el, a helyreállt önuralom és nyugalom érzését tapasztalják magukon, mielőtt véget vetnének az életüknek (Maltsberger, 2004). Elképzelhető, hogy amikor minden tényező negatív (nem képes önmagával empátikus lenni és mindenáron a környezete tökéletességét várja) már egyfajta szuicidumot megelőző mentális állapotba jut az egyén, amelyben lecsökkennek a férfi depressziós tünetei, hiszen az öngyilkossági tervet kitalálva megnyugszik.

A vizsgálódásom végén a férfiassághoz való ragaszkodás és a férfi depressziós állapot (alacsony vagy magas) kapcsolatát elemeztem, hiszen korábbi kutatásokban felvetődött, hogy a kettő szoros kapcsolatban áll egymással, mert azon férfiak, akik ragaszkodnak a hagyományos férfi szerepekhez, általában úgy fejezik ki depressziós tüneteiket, hogy azok jól illeszkedjenek férfiktól hagyományosan elvárt viselkedéshez (Cochran és Rabinowitz, 2000, 2003; Real, 1997).

3. Összefoglalás

Kutatásom célja az volt, hogy megvizsgáljam a hagyományos és férfi depresszió feltérképezem a depresszió tipikus és atipikus formájának sajátosságait és a háttérükben rejlő dinamikát. Vizsgálatomba több mérőeszközt is alkalmaztam, mind megbízhatónak bizonyult. A mérőeszközeim közül kettő a dolgozatom írásának idejében még nem rendelkezett magyar nyelvű validációval, így az én dolgozatomban még pontos pszichometriai tulajdonságai nem ismertek. Kutatásom első részében a hagyományos és a férfias depresszió nemek közötti eloszlását vizsgáltam. Nem volt szignifikáns különbség a nők és férfiak csoportjában sem a hagyományos, sem a férfi depresszió mértékét tekintve. A nemzetközi szakirodalom azt írja, hogy a nőknél kétszer gyakoribb a depresszió (Weissman és Klerman, 1977; WHO, 2017). Bizonyos szakirodalmi források szerint a nőket főleg az internalizáló tünetek jellemzik, míg a férfiaknál a kifelé irányuló, externalizáló tünetek gyakoribbak (Rihmer és Rutz, 2000). Ugyanakkor más források arról értekeznek, hogy a nők körében is gyakoriak a férfi depressziós tünetek (Almássy és mtsai., 2014; Möller-Leimkühler és Yüce, 2010; Walther és mtsai., 2021). Utóbbi szakirodalmi adattal egybevág az az eredményem, hogy a férfi depresszió alskálánkénti vizsgálata során sem találtam szignifikáns különbségeket a férfiak és nők csoportja között. Ez a terület ennél mélyebb elemzésre nem került, mert alapvető célom nem a nemi különbségek

feltárása volt. Az eredmények azt erősítik, hogy érdemes kétféle mérőeszközzel mérni a depresszió esetében, hiszen az általam kialakított négy csoportban kialakult szám adatok alapján eltérő nem eloszlás sejthető a négy kategóriában (nem depressziós, csak BDI alapján depressziós, csak MDRS alapján depressziós, mindkét mérőeszköz alapján depressziós). A szakirodalom is a kétlépcsős mérést javasolja a minél pontosabb diagnosztika érdekében (Cochran és Rabinowitz, 2000). Továbbá kutatásomból kiderült, hogy nem véletlen, hogy az egyének a négy csoport körül melyikbe kerülnek, ami megerősített abban, hogy a háttérben meghúzódó tényezőkre is kiemelt figyelmet fordítsak.

A kutatásom második nagyobb egységében a perfekcionizmus, önegyüttérzés és a férfiassághoz való ragaszkodás kapcsolatát vizsgáltam a depresszióval (Barnard és Curry, 2011; Hewitt és Flett, 1991a, 1991b; Iwamoto és mtsai., 2018; MacBeth és Gumley, 2012; Mills és mtsai., 2007; Gerdes és Levant, 2018; Ying, 2009). Vizsgálatomban kitértem arra is, hogy az általam kialakított 4 csoportban (depressziós tünetek jelenléte alapján) hogyan alakul az én-orientált, társas elvárásként megélt, másokra irányuló perfekcionizmus, az önegyüttérzés és a férfiassághoz való ragaszkodás mértéke. A kevert csoportnak volt szignifikánsan a legmagasabb a perfekcionizmus mértéke. Ugyanilyen összefüggést találtam az én-orientált perfekcionizmus és a társas elvárásként megélt perfekcionizmus mértékét vizsgálva is. A másokra irányuló perfekcionizmus tekintetében ez nem mondható el, ennek tekintetében ugyanis nincs szignifikáns különbség a 4 csoport között. Ezek ismét egybevágnak a szakirodalommal (Hewitt és Flett, 1991a). Eredményeim alapján az önegyüttérzés a kevert csoportban volt a legalacsonyabb, amiből arra következtetek, hogy ez a kevert tüneteket mutató csoport a legveszélyeztetettebb.

A perfekcionizmus és az önegyüttérzés további vizsgálatához klasztereket hoztam létre. Szignifikáns különbségeket vártam a klaszterek között, kivéve a másokra irányuló perfekcionizmus esetében, hiszen a szakirodalom alapján ez nincs kapcsolatban a depresszió mértékével (Hewitt és Flett, 1991a). Feltételezéseim beigazolódtak, mind az én-orientált, mind a társas elvárásként megélt perfekcionizmus, mind pedig az önegyüttérzés három-három csoportja között szignifikáns különbségeket találtam a hagyományos és a férfi depresszió esetében is, mégpedig a legperfekcionistaabbaknál szignifikánsan magasabb a depresszió mértéke, mint az alacsonyabb szint csoportokban, míg a legönegyüttérzőbb szinten legalacsonyabb volt a depresszió szintje. Ezen eredmények a terápiás kezeléshez is információval szolgálhatnak.

Ezután megvizsgáltam a két konstruktm, a perfekcionizmus 3 dimenziója és az önegyüttérzés együttes hatását a kétféle depresszióra. A férfi és hagyományos depresszió

esetében is az önegyüttérzésnek minden esetben volt főhatása, ám a perfekcionizmusoknak többnyire nem. A különböző mértékben megélt perfekcionizmus dimenzióinak csoportjai között megfigyelhető volt az eltérés, de az önegyüttérzéssel együtt nem volt főhatás a hagyományos depresszió esetében, csak a férfi depressziónál. Itt viszont az én-orientált és a társas elvárásként megélt perfekcionizmus is hatást gyakorolt, a másokra irányuló csak a férfi csoportban, de ekkor interakcióba is lépett az önegyüttérzéssel, ami olyan hatást gyakorolt a férfi depressziós csoportátlagokra, hogy az alacsony perfekcionizmusú, magas másokra irányuló perfekcionizmusú csoport férfi depressziós pontszámai minimálisra csökkentek. A perfekcionizmus fajták főhatása csak a férfi depressziónál jelentkezett amikor az önegyüttérzéssel együtt vizsgáltam, ekkor a magas én-orientált és társas elvárásként észlelt perfekcionizmusú csoportokban magasabb férfi depresszió volt megfigyelhető, ebből pedig az következik, hogy a férfi depressziósoknál a perfekcionizmus nagyobb befolyással lehet az állapotra, az önegyüttérzés azonban mindkét depresszió típusban kifejti hatását, amikor alacsony szintű magasabb a depresszió mértéke is.

Elemzésemet azzal zártam, hogy megvizsgáltam a férfi depressziós állapotok és a férfiassághoz való ragaszkodás mértéke közötti különbséget, ami szorosnak bizonyult. Ezt alátámasztja a szakirodalom (Cochran és Rabinowitz, 2000, 2003; Real, 1997).

Összefoglalóan eredményeim nagy mértékben egybevágtak a szakirodalomban leírtakkal, kiegészítve azt a férfi depressziós tünetekkel kapcsolatos információkkal. Bemutattam, hogy milyen kapcsolat van a magas perfekcionizmus és a depresszió mértéke, az önegyüttérzés és a depresszió mértéke, a férfiassághoz való ragaszkodás és a depresszió mértéke között, illetve a perfekcionizmusok és az önegyüttérzés együttes hatását is leírtam.

Irodalomjegyzék

- Addis, M. E., és Hoffman, E. (2017). Men's depression and help-seeking through the lenses of gender. In R. F. Levant és Y. J. Wong (szerk.), *The psychology of men and masculinities* (pp. 171–196). Washington, DC: American Psychological Association. doi: 10.1037/0000023-007
- Addis, M. E., és Mahalik, J. R. (2003). Men, masculinity, and the contexts of help seeking. *American psychologist*, 58(1), 5.
- Almássy, Z., Baksa, N., Papp, G., és Szemán-Nagy, A. (2014). The examination of gender differences in depression in connection with alexithymia, focusing on male depression. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 69(2), 319-336.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*, Fifth edition.
- Barnard, L. K., és Curry, J. F. (2011). Self-compassion: Conceptualizations, correlates, and interventions. *Review of General Psychology*, 15, 289–303.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson M., Mock, J. és Erbaugh, J. (1961). An Inventory for Measuring Depression. *Arch Gen Psychiatry*, 4, 561-71.
- Cavanagh, A., Wilson, C. J., Caputi, P. és Kavanagh, D. J. (2016). Symptom endorsement in men versus women with a diagnosis of depression: A differential item functioning approach. *Int J Soc Psychiatry*, 62, 549–59.
- Cialdini, R. B., és Trost, M. R. (1999). Social influence: Social norms, conformity and compliance. In D. Gilbert, S. Fiske, és G. Lindzey (szerk.), *The handbook of social psychology* (pp 151–192). Boston, USA: McGraw-Hill.
- Cochran, S. V. (2005). Assessing and treating depression in men. In G. E. Good és G. R. Brooks (szerk.), *The new handbook of psychotherapy and counseling with men* (pp. 121–133). San Francisco, CA: Wiley.
- Cochran, S. W., és Rabinowitz, F. E. (2000). *Men and depression: clinical and empirical perspectives*. San Diego: Academic Press.
- Cochran, S., és Rabinowitz, F. (2003). Gender-sensitive recommendations for assessment and treatment of depression in men. *Professional Psychology: Research and Practice* 34, 132–140.
- Cole, B. P., és Davidson, M. M. (2019). Exploring men's perceptions about men with depression. *Psychology of Men and Masculinity*, 20, 459-466. doi:10.1037/men0000176
- Connell, R. (2000). *The men and the boys*. Polity Press.

- Connell, R. (2005). *Masculinities (2nd ed.)*. Academic.
- Connell, R. (2016). Masculinities in global perspective: Hegemony, contestation, and changing structures of power. *Theory and Society*, 45(4), 303–318.
- Dean, P., és Range, L. (1996). The escape theory of suicide and perfectionism in college students. *Death Studies*, 20(4), 415–424.
- Diedrich, A., Hofmann, S. G., Cuijpers, P., és Berking, M. (2016). Self-compassion enhances the efficacy of explicit cognitive reappraisal as an emotion regulation strategy in individuals with major depressive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 82, 1–10.
- Dobos, B., Piko, B. F., és Kenny, D. T. (2018). Music performance anxiety and its relationship with social phobia and dimensions of perfectionism. *Research Studies in Music Education*, 41(3), 310–326.
doi:10.1177/1321103x18804295
- Ferrari, M., Yap, K., Scott, N., Einstein, D. A., és Ciarrochi, J. (2018) Self-compassion moderates the perfectionism and depression link in both adolescence and adulthood. *PLoS ONE* 13(2), e0192022.
doi: 10.1371/journal.pone.0192022
- Fields, A. J., Cochran, S. V. (2011). Men and depression: current perspectives for health care professionals. *American Journal of Lifestyle Medicine* 5, 92–100.
- Fletcher, K., Yang, Y., Johnson, S. L., Berk, M., Perich, T., Cotton, S., és Murray, G. (2019). Buffering against maladaptive perfectionism in bipolar disorder: The role of self-compassion. *Journal of affective disorders*, 250, 132–139.
doi: 10.1016/j.jad.2019.03.003
- Frost, R. O., Marten, P., Lahart, C., és Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research*, 14(5), 449–468.
doi: 10.1007/bf01172967
- GBD DALYs H Collaborators. (2016). Global, regional, and national disability-adjusted life-years (DALYs) for 315 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE), 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet*, 388(10053), 1603–1658.
- Gerdes, Z. T., és Levant, R. F. (2018). Complex relationships among masculine norms and health/well-being outcomes: Correlation patterns of the Conformity to Masculine Norms Inventory subscales. *American Journal of Men's Health*, 12(2), 229–240.
- Hewitt, P. L., Chen, C., Smith, M. M., Zhang, L., Habke, M., Flett, G. L., & Mikail, S. F. (2021). Patient perfectionism and clinician impression formation during an initial interview. *Psychology and Psychotherapy: Theory, research and practice*, 94(1), 45–62.
- Hewitt, P. L., és Flett, G. L. (1991a). Dimensions of perfectionism in unipolar depression. *Journal of abnormal psychology*, 100(1), 98.
- Hewitt, P. L., és Flett, G. L. (1991b). Perfectionism in the self and social contexts: Conceptualization, assessment, and association with psychopathology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 456–470.
- Hewitt, P. L., Flett, G. L., és Ediger, E. (1996). Perfectionism and depression: Longitudinal assessment of a specific vulnerability hypothesis. *Journal of Abnormal Psychology*, 105(2), 276–280.
doi: 10.1037/0021-843X.105.2.276
- Hewitt, P. L., Flett, G. L., és Mikail, S. F. (2017). *Perfectionism: A relational approach to conceptualization, assessment, and treatment*. Guilford Productions.

- Hewitt, P. L., Flett, G. L., Sherry, S. B., és Caelian, C. F. (2006). Trait perfectionism dimensions and suicide behaviour. In T. E. Ellis (szerk.), *Cognition and suicide: Theory, research, and practice* (pp. 215–235). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Hewitt, P. L., Flett, G. L., Turnbull-Donovan, W. T., és Mikail, S. F. (1991). The Multidimensional Perfectionism Scale: Reliability, Validity and Psychometric Properties in Psychiatric Samples. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3(3), 464–468.
- Iwamoto, D. K., Brady, J., Kaya, A., és Park, A. (2018). Masculinity and depression: A longitudinal investigation of multidimensional masculine norms among college men. *American Journal of Men's Health*, 12(6), 1873–1881.
- Johnson, E. A., és O'Brien, K. A. (2013). Self-compassion soothes the savage EGO-threat system: effects on negative affect, shame, rumination, and depressive symptoms. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 32(9), 939–963.
- Katzenmayer-Pump L., és Balázs J. (2021). Perfectionism and Suicide: A systematic review of qualitative studies. *Psychiatria Hungarica: A Magyar Pszichiátriai Társaság Tudományos Folyóirata*, 36(1), 4-11.
- Kessler, R. C., Merikangas, K. R., és Wang, P. S. (2007). Prevalence, comorbidity, and service utilization for mood disorders in the United States at the beginning of the twenty-first century. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 137–158.
- Kilmartin, C. (2005). Depression in Men: Communication, diagnosis and therapy. *Journal of Men's Health and Gender*, 2(1), 92–99.
- Kopp, M. (2007). Beck Depresszió Kérdőív. In Perczel-Forintos, D., Ajtay, Gy., és Kiss, Zs. (szerk.), *Kérdőívek, becslőskálák a klinikai pszichológiában* (pp. 44–45). Budapest, Hungary: Semmelweis Kiadó.
- Krieger, T., Altenstein, D., Baettig, I., Doerig, N., és Holtforth, M. G. (2013). Self-compassion in depression: Associations with depressive symptoms, rumination, and avoidance in depressed outpatients. *Behavior therapy*, 44(3), 501-513.
- Kulcsár Zsuzsanna (2009). Trauma-feldolgozás és vallás. Budapest, Hungary: Trefort Kiadó.
- Levant, R. F. (2005). The crises of boyhood. In G. E. Good és G. R. Brooks (szerk.), *The new handbook of psychotherapy and counseling with men: A comprehensive guide to settings, problems, and treatment approaches* (pp. 161-171). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Levant, R. F., McDermott, R., Parent, M. C., Alshabani, N., Mahalik, J. R., és Hammer, J. H. (2020). Development and Evaluation of a New Short Form of the Conformity to Masculine Norms Inventory (CMNI-30). *Journal of Counseling Psychology. Advance online publication*. doi:10.1037/cou0000414
- Liu, Q., He, H., Yang, J., Feng, X., Zhao, F., Lyu, J. (2020). Changes in the global burden of depression from 1990 to 2017: Findings from the Global Burden of Disease study. *J Psychiatr Res.*, 126, 134–140.
- Luoma, J. B., Martin, C. E., és Pearson, J. L. (2002). Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence. *American Journal of Psychiatry*, 159(6), 909-916.
- MacBeth, A., és Gumley, A. (2012). Exploring compassion: A meta-analysis of the association between self-compassion and psychopathology. *Clinical Psychology Review*, 545–552.
- Mahalik, J. R. (2008). A biopsychosocial perspective on men's depression. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 15(3), 174–177. doi: 10.1111/j.1468-2850.2008.00127.x
- Mahalik, J. R., Burns, S. M., és Syzdek, M. (2007). Masculinity and perceived normative health behaviors as predictors of men's health behaviors. *Social Science and Medicine*, 64,

- 2201–2209.
doi: 10.1016/j.socscimed.2007.02.035
- Mahalik, J. R., Locke, B. D., Ludlow, L. H., Diemer, M. A., Scott, R. P., Gottfried, M., és Freitas, G. (2003). Development of the Conformity to Masculine Norms Inventory. *Psychology of Men & Masculinity*, 4, 3–25.
doi:10.1037/1524-9220.4.1.3
- Maltsberger, J. T. (2004). The descent into suicide. *The International Journal of Psychoanalysis*, 85(3), 653–668. doi:10.1516/3c96-uret-tlwx-6lwu
- Marshall, S. L., Parker, P. D., Ciarrochi, J., Sahdra, B., Jackson, C. J., és Heaven, P. C. (2015). Self-compassion protects against the negative effects of low self-esteem: A longitudinal study in a large adolescent sample. *Personality and Individual Differences*, 74, 116–21.
- Martin, L. A., Neighbors, H. W., és Griffith, D. M. (2013). The experience of symptoms of depression in men vs women: analysis of the National Comorbidity Survey Replication. *JAMA Psychiatry*, 70, 1100–6.
- Merikangas K, és Rihmer Z. (2017). Mood Disorders: Epidemiology. In: B. J., Sadock, V. A., Sadock, P. Ruiz (szerk.), *Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 10th ed* (pp 1614–1709). Philadelphia, USA: Wolters Kluwer.
- Miegel, F., Moritz, S., Wagener, F., Cludius, B., és Jelinek, L. (2020). Self-esteem mediates the relationship between perfectionism and obsessive-compulsive symptoms. *Personality and Individual Differences*, 167, 110239,
doi: 10.1016/j.paid.2020.110239.
- Mills, A., Gilbert, P., Bellew, R., McEwan, K., és Gale, C. (2007). Paranoid beliefs and self-criticism in students. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 14, 358–364.
- Mokhtari Mosayebi, M., Saki, K., és Fathi, L. (2020). The Relationship of Perfectionism Dimensions and Personality Characteristics with Migraine Severity of Headache: Cross-Sectional Study. *Yafteh*, 22(2).
- Möller-Leimkühler, A. M., és Yücel, M. (2010). Male depression in females?. *Journal of affective disorders*, 121(1-2), 22-29.
- Muris, P., Otgaar, H., és Pfattheicher, S. (2018). Stripping the forest from the rotten trees: Compassionate self-responding is a way of coping, but reduced uncompassionate self-responding mainly reflects psychopathology. *Mindfulness*, 1–4.
doi: 10.1007/s12671-018-1030-0.
- Neff, K. D. (2003a). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2, 85–102.
- Neff, K. D. (2003b). The development and validation of a scale to measure Self-Compassion. *Self and Identity*, 2, 223–250.
- Neff, K. D. (2012). *The science of self-compassion. Compassion and wisdom in psychotherapy*, 1, 79-92.
- Olajos, T., Hőgye-Nagy, Á., Héjja-Nagy, K., és Dávid, M. (2021). Az adaptív és maladaptív perfekcionizmussal együtt járó motivációs mintázatok feltáró vizsgálata, *Magyar Pszichológiai Szemle*, 76(2), 353-376.
doi: 10.1556/0016.2021.00009
- Oliffe, J. L., és Phillips, M. J. (2008). Men, depression and masculinities: A review and recommendations. *Journal of Men's Health*, 5(3), 194–202.
- Ong, C. W., Lee, E. B., Petersen, J. M., Levin, M. E., és Twohig, M. P. (2021). Is perfectionism always unhealthy? Examining the moderating effects of psychological flexibility and self-compassion. *Journal of Clinical Psychology*, 77(11), 2576-2591.
- Oquendo, M. A., Ellis, S. P., Greenwald, S., Malone, K. M., Weissman, M. M., és Mann, J. J. (2001). Ethnic and sex differences in suicide rates relative to major depression in the United States. *American Journal of Psychiatry*. 158, 1652-1658.

- Parent, M. C., és Moradi, B. (2011). An abbreviated tool for assessing conformity to masculine norms: Psychometric properties of the conformity to masculine norms inventory-46. *Psychology of Men & Masculinity*, 12(4), 339–353. doi: 10.1037/a0021904.
- Pearson, C. A., és Gleaves, D. H. (2006). The multiple dimensions of perfectionism and their relation with eating disorder features. *Personality and Individual Differences*, 41 (2), 225–235. doi: 10.1016/j.paid.2006.01.013
- Pederson, E. L., és Vogel, D. L. (2007). Male gender role conflict and willingness to seek counseling: Testing a mediation model on college-age men. *Journal of Counseling Psychology*, 54, 373–384. doi: 10.1037/0022-0167.54.4.373
- Platt, J. M., Bates, L. M., Jager, J., McLaughlin, K. A., és Keyes, K. M. (2020). Changes in the depression gender gap from 1992 to 2014: Cohort effects and mediation by gendered social position. *Social Science & Medicine*, 258, 113088.
- Pollack, W. (1998). Mourning, melancholia, and masculinity: recognizing and treating depression in men. In: W. Pollack és R. Levant (szerk.), *The New Psychotherapy for Men* (pp. 147–166). Wiley, New York.
- Real, T. (1997). *I don't want to talk about it: Overcoming the legacy of male depression*. New York: Fireside.
- Rice, S. (2012). *Depression in Men: Development of the Male Depression Risk Scale*. Unpublished Doctoral dissertation. Australian Catholic University, Melbourne.
- Rice, S. M., Fallon, B. J., Aucote, H. M. és Möller-Leimkuhler, A. M. (2013). Development and preliminary validation of the male depression risk scale: Furthering the assessment of depression in men. *J Affect Disord*, 151, 950–8.
- Rice, S. M., Fallon, B. J., és Aucote, H. M. (2015). Longitudinal sex differences of externalising and internalising depression symptom trajectories: Implications for assessment of depression in men from an online study. *Int J Soc Psychiatry*, 6, 236–40.
- Rice, S. M., Ogrodniczuk, J. S., Kealy, D., Seidler, Z. E., Dhillon, H. M., és Oliffe, J. L., (2019) Validity of the Male Depression Risk Scale in a representative Canadian sample: sensitivity and specificity in identifying men with recent suicide attempt, *Journal of Mental Health*, 28:2, 132–140, DOI: 10.1080/09638237.2017.1417565
- Rice, S. M., Oliffe, J. L., Kealy, D., és Ogrodniczuk, J. S. (2018). Male depression subtypes and suicidality: Latent profile analysis of internalizing and externalizing symptoms in a representative Canadian sample. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 206(3), 169–172.
- Rihmer Z., és Rutz, W. (2000). *Depresszió és Öngyilkosság férfiaknál*. Budapest: Springer Orvosi Kiadó
- Rihmer, Z., Rutz, W., és Pihlgren, H. (1995). Depression and suicide on Gotland. An intensive study of all suicides before and after a depression-training programme for general practitioners. *Journal of Affective Disorders*. 35(4), 147–152.
- Rózsa, S., Szádóczky, E., és Füredi, J. (2001). A Beck Depresszió Kérdőív rövidített változatának jellemzői hazai mintán. *Psych Hung* 16(4): 379–397.

- Rutz, W. (2001). Preventing suicide and premature death by education and treatment. *Journal of Affective Disorders* 62, 123–129.
- Salk, R., Hyde J., és Abramson L. (2017). Gender differences in depression in representative national samples: Meta-analyses of diagnoses and symptoms. *Psychol Bull.* 143(8), 783–822.
- Shapira, L. B., és Mongrain, M. (2010). The benefits of self-compassion and optimism exercises for individuals vulnerable to depression. *The Journal of Positive Psychology*, 5, 377–389.
- Sigmon, S. T., Pells, J. J., Boulard, N. E., Whitcomb-Smith, S., Edenfield, T. M., Hermann, B. A., és Kubik, E. (2005). Gender differences in self-reports of depression: The response bias hypothesis revisited. *Sex Roles*, 53, 401–411. doi: 10.1007/s11199-005-6762-3
- Slaney, R. B., és Johnson, D. G. (1992). *The Almost Perfect Scale*. Unpublished manuscript, Pennsylvania State University.
- Slaney, R. B., Rice, K. G., Mobley, M., Trippi, J., és Ashby, J. S. (2001). The Revised Almost Perfect Scale. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 34(3), 130-145. DOI: 10.1080/07481756.2002.12069030
- Smith M.M., Vidovic V., Sherry S.B., és Saklofske D.H. (2017). Self-oriented Perfectionism and Socially Prescribed Perfectionism Add Incrementally to the Prediction of Suicide Ideation Beyond Hopelessness: A Meta-Analysis of 15 Studies. In U. Kumar (szerk.) *Handbook of Suicidal Behaviour*. Springer, Singapore. doi: 10.1007/978-981-10-4816-6_19
- Smith, M. M., Sherry, S. B., Chen, S., Saklofske, D. H., Mushquash, C., Flett, G. L., és Hewitt, P. L. (2017). The perniciousness of perfectionism: A meta-analytic review of the perfectionism-suicide relationship. *Journal of Personality*, 86(3), 522–542. doi:10.1111/jopy.12333
- Stoeber, J., és Childs, J. H. (2010). The assessment of self-oriented and socially prescribed perfectionism: Subscales make a difference. *Journal of Personality assessment*, 92(6), 577-585.
- Szelei A., Döme P. (2020). Cancer and depression: a concise review. *Orv Hetil.* 161(22), 908–916.
- Tobin, R., és Dunkley, D. M. (2021). Self-critical perfectionism and lower mindfulness and self-compassion predict anxious and depressive symptoms over two years. *Behaviour Research and Therapy*, 136, 103780. doi: 10.1016/j.brat.2020.103780
- Twenge, J. M., és Nolen-Hoeksema, S. (2002). Age, gender, race, socioeconomic status, and birth cohort differences on the Children's Depression Inventory: A meta-analysis. *Journal of Abnormal Psychology*, 111, 578–588. doi: 10.1037/0021-843X.111.4.578
- Tyler, J., Mu, W., McCann, J., Belli, G., és Asnaani, A. (2020). The unique contribution of perfectionistic cognitions to anxiety disorder symptoms in a treatment-seeking sample. *Cognitive Behaviour Therapy*, 1–17. doi:10.1080/16506073.2020.1798497
- Udry, J. R. (2000). Biological limits of gender construction. *American Sociological Review* 65, 443–457
- Vacca, M., Ballesio, A., és Lombardo, C. (2020). The relationship between perfectionism and eating-related symptoms in adolescents: A systematic review. *European Eating*

doi:10.1002/erv.2793

- Vincent, N. K., és Walker, J. R. (2000). Perfectionism and chronic insomnia. *Journal of Psychosomatic Research*, 49 (5), 349-354.
doi:10.1016/S0022-3999(00)00175-6.
- Vittengl, J. R., Clark, L. A., és Jarrett, R. B. (2010). Moderators of continuation phase cognitive therapy's effects on relapse, recurrence, remission, and recovery from depression. *Behavior Research and Therapy*, 48, 449–458.
- Walther, A., Grub, J., Ehlert, U., Wehrli, S., Rice, S., Seidler, Z. E., és Debelak, R. (2021). Male depression risk, psychological distress, and psychotherapy uptake: Validation of the German version of the male depression risk scale. *Journal of affective disorders reports*, 4, 100107.
- Weissman, M. M., és Klerman, G. L. (1977). Sex differences and the epidemiology of depression. *Archives of General Psychiatry*, 34, 98111.
doi: 10.1001/archpsyc.1977.01770130100011
- World Health Organization. (2008) The global burden of disease: 2008.
https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_full.pdf.
- Letöltve: 2022. március. 10
- World Health Organization. (2017). Depression and other common mental disorders: global health estimates. World Health Organization.
- Wright, A., Fisher, P. L., Baker, N., O'Rourke, L., és Cherry, M. G. (2021). Perfectionism, depression and anxiety in chronic fatigue syndrome: A systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*, 140, 110322.
doi: 10.1016/j.jpsychores.2020.11
- Yeshua, M., Zohar, A. H., és Berkovich, L. (2019) "Silence! The body is speaking" – a correlational study of personality, perfectionism, and self-compassion as risk and protective factors for psychosomatic symptoms distress. *Psychology, Health & Medicine*, 24(2), 229-240.
doi: 10.1080/13548506.2018.1546016
- Ying, Y. W. (2009). Contribution of self-compassion to competence and mental health in social work students. *Journal of Social Work Education*, 45, 309–32