

**Depressziós tünetképződés vizsgálata a maskulin normákhoz való ragaszkodás, az
érzelemszabályozás és a segítségkérő magatartás összefüggésében**

OTDK dolgozat

Debreceni Donát

Pszichológia BA

Debreceni Egyetem, Bölcsészettudományi Kar, Pszichológiai Intézet

Témavezető: Dr. Almássy Zsuzsanna

főiskolai docens

Debrecen, 2022

Lezárás dátuma: 2023. január 9.

Tartalom

Absztrakt	3
Bevezetés	3
Szakirodalmi áttekintés	4
A férfi nemi szerep jelentősége	5
Öngyilkossági paradoxon	6
A segítségkérő viselkedés megjelenése	6
Az érzelemszabályozás nehézségei	7
Vizsgálat	8
A vizsgálat célja	8
Minta	9
Demográfiai adatok	9
Mentális egészségre vonatkozó adatok	10
Módszer	10
Demográfiai adatok és a Mentális egészségre vonatkozó kérdések	11
Maszkulin Normákhoz Való Ragaszkodás Skála (CMNI-30)	11
Férfi Depresszió Kockázatbecslő Skála magyar verziója (MDRS-22-H)	11
Beck Depresszió Kérdőív (BDI)	12
Érzelemszabályozási Nehézségek Kérdőív (DERS)	12
Életesemény Kérdőív	12
Mentális Egészség Segítségkereső Attitűdök Skála (MHSAS)	13
Általános Segítségkérő Viselkedés Kérdőív (ÁSVK)	13
Eredmények	13
A mérőeszközök megbízhatósága	13
A depressziós tünetképzés vizsgálata	15
A segítségkérő viselkedés kapcsolatának vizsgálata	21
Következtetések	23
Összefoglalás	24
Irodalomjegyzék	25

Absztrakt

Ez a tanulmány a férfias normákhoz való ragaszkodás és az érzelemszabályozási nehézségek és a segítségkérő viselkedés közötti kapcsolatot vizsgálja, valamint azt, hogy ezek hogyan kapcsolódnak a férfiak depressziós tüneteinekhez. A vizsgálathoz kérdőíves módszert alkalmaztunk, ahol szeretnénk volna a magyar mintán még nem alkalmazott Maszkulin Normákhoz Való Ragaszkodás Skálát hazai populáción vizsgálni és magyar nyelvre adaptálni. A kérdőív csomagot férfiak tölthették ki, a teljesen minta nagyság $n=157$ lett. Az eredmények azt mutatták, hogy mind a férfinormákhoz való ragaszkodás, mind az érzelemszabályozás jelentős hatással van a férfiak depressziójára, és hogy kapcsolat van az életesemények, a férfinormák és a férfiak depressziós tünetei között. Az a megállapításunk, hogy a férfiak depressziójára és öngyilkosságára hatással vannak a hagyományos nemi szerepek és normák, amelyek befolyásolják a depressziós tünetek kialakulását. Az egészségügyi szakembereknek a diagnózis felállításakor figyelmet kell fordítaniuk a férfiak depressziós tüneteire és a férfias normákra.

Kulcsszavak: férfi depresszió, maszkulinitás, segítségkérő viselkedés, érzelemszabályozás

Bevezetés

A depressziót mindkét nemnél előforduló mentális betegségként tartjuk számon, ugyanakkor egy feltűnő ellentmondás, hogy az egész világon a férfiak körében jóval gyakoribb az öngyilkosságok száma. A globális adatok is azt mutatják, hogy a depresszió az öngyilkosság jelentős kockázati tényezője és évenként 700 ezer áldozatot követel (WHO, 2021). Az Európai Unió tagállamok között az öngyilkosság okozta halálozás Magyarországon a harmadik legnagyobb volt az elmúlt időszakban. Az öngyilkosság következtében elhunytak halandósága pedig hazánkban megközelítőleg a kétszerese az EU-s átlagnak (KSH, 2019; KSH, 2020). Az öngyilkosság nemek közötti eltérésének jelensége oda vezetett, hogy egyre nagyobb hangsúlyt fektetnek a férfiak speciális tünetképződésére. Az a felismerés, hogy a férfi és női depressziós tünetképzés nagymértékben különbözhet egymástól jól dokumentált (Rihmer et al., 1995; Rice, 2011). A férfiak segítségkérő magatartásának elmaradása és a depresszió nem tipikus kifejeződése együtt magyarázhatja a depresszió felismerésének és diagnosztizálásának elmaradását a férfiaknál, ami magyarázatot adhat arra, hogy a férfiak csak fele annyiszor diagnosztizálhatóak depresszióval, mint a nők, de körükben gyakoribb a befejezett öngyilkosság megjelenése. Nolen-Hoeksema (2012) tanulmányában pedig kiemeli azt a jelenséget, hogy az érzelemszabályozás zavari fontos szerepet játszanak a különböző

pszichopatológiákban, mint a depresszió vagy a szorongás. Illetve, ezekben a zavarokban, ahol szerepet játszik az érzelem szabályozása, feltűnő nemi különbségek vehetőek észre az előfordulási gyakoriságukban.

Kutatásunkban azt szeretnénk vizsgálni, hogy a maszkulin normákhoz való ragaszkodás, illetve az érzelemszabályozás nehézségei között milyen kapcsolat állhat fent, ezek hogyan határozzák meg a depresszió tüneti képének megjelenését. Szeretnénk Dr. Ronald Levant kérdőívét, a Conformity to Masculine Norms Inventory (CMNI-30) kérdőívet magyarra adaptálni és használni a kutatásban, mellyel vizsgálható, hogyan korrelál a férfias normákhoz való ragaszkodás a maladaptív mentális egészségi állapotokkal. Valamint az érzelemszabályozási nehézségek és a maszkulin normákhoz való ragaszkodás összefüggésében, hogyan értelmezhető a tüneti képek megjelenése. A segítségkereső attitűdök és magatartás vizsgálatára is hangsúlyt szeretnénk fektetni a férfi típusú depresszió szempontjából, hogy milyen tüneti képek mellett jelenik meg ez a viselkedés, illetve hogyan határozzák meg ezt a fent említett változók.

Szakirodalmi áttekintés

Pollack (1998) egy korai modelljében a férfiak nem hagyományos tüneteit "maszkolt" vagy "rejtett" tüneteknek nevezte. Bár ezek nem tartoznak a hagyományos depressziós tünetek közé, mégis összefüggésben állnak a depresszió tüneti képével a férfiak esetében. Számos kritériumot említett, mint például a segítségnyújtás elutasítása, túlzott munkahelyi aktivitás, társadalmi elszigeteltség, impulzivitás, antiszociális viselkedés, túlzott tevékenységek (pl. sport), csökkent toleranciaszint és abúzusra való hajlam. Későbbiekben Rice (2011) újabb kutatása kilenc gyakori férfi depressziós tünetet azonosított, köztük a haragot, az agressziót, az érzelmek elfojtását, az ingerlékenységet, a kockázatvállalást, az alkohol- és drogfogyasztást és a szomatikus tüneteket. Azt is megfigyelték, hogy a depressziós férfiak a depressziós nőknél nagyobb valószínűséggel számoltak be túlzott alkohol- és drogfogyasztásról. Ha összevetjük a fent említett tüneteket a DSM-5 (APA, 2013) major depresszió diagnózisának kritériumaival (pl.: anhedónia, súlyvesztés/gyarapodás, inszomnia vagy hiperszomnia, pszichomotoros agitáció vagy gátoltság, kimerültség, szuicid, fantáziák) azt látjuk, hogy a férfiak esetében előtérbe kerülnek az externalizáló tünetek. Mivel ezek az externalizáló tünetek gyakoribbak a férfiaknál, ezt "férfi" depressziónak nevezték el (Rihmer & Rutz 2000).

Cochran és Rabinowitz (2000, 2003) a férfi típusú depresszió esetén a kétlépcsős megközelítést tanácsolják. Ez azt jelenti, hogy először figyelembe kell venni a nemzetközi

klasszifikációs rendszerek által felállított major depresszív zavar képét és diagnosztikai kritériumait, majd a férfiakra jellemző tüneteket is figyelemmel kell kísérni (pl.: impulzivitás, antiszociális viselkedés).

A férfi nemi szerep jelentősége

A hagyományos férfi nemi normákhoz való ragaszkodásnak három területen figyelhető meg a hatása a depressziós férfiak esetében. Egyrészt befolyásolják a megjelenő depressziós tüneteket, és azok kifejeződését, meghatározzák a férfiak segítségkéréssel kapcsolatos viselkedését és attitűdjeit, valamint befolyásolják a megküzdési stratégiákat és a beavatkozások, kezelések típusát, amelyek mellett képesek a férfiak elkötelezni magukat (Seidler et al, 2016).

A nők és a férfiak a normák és ideológiák tanulásával alakítják ki attitűdjeiket és viselkedéseiket, hogy mit jelent férfinek és nőnek lenni. Ezekből a feltételezésekből alakultak a szerepszocializációs paradigmák. A kutatások két fontos tényezőt azonosítottak a férfi szerepszocializációban, a férfi nemi szerep konfliktusát és a férfiasság ideológiáját (Addis & Mahalik, 2003). Fontos szempont volt még, amit vizsgáltak a szerepszocializációs paradigmákkal kapcsolatban, a férfiak jóllétére gyakorolt negatív következmény. Látható, hogy annak az ideológiai nézetnek az internalizálása, hogy a férfiaknak keménynek és versenyképesnek kell lenniük, káros hatással lehet a testi és mentális egészségre (Courtenay, 2000). A nemi szerepekkel kapcsolatos elvárások forrásait és a konformitást befolyásoló tényezőket vizsgálva láthatjuk, hogy többféle hatás játszik szerepet. Egyrészt a szociokulturális hatások alakítják a nemi szereppel kapcsolatos elvárásokat. Valamint, az egyéb társadalmi tényezők, mint a szocioökonómiai státusz, szűrőként működnek az egyén számára a nemi szerepek normáiról (Mahalik et al, 2003).

A férfiszerepekre vonatkozó kutatásban egyre nagyobb hangsúlyt fektettek a maszkulin normákra, és ezek depresszióra gyakorolt hatására. A longitudinális vizsgálatok lényeges információkkal szolgálnak a kutatási területtel kapcsolatban, ugyanakkor minimális számuk miatt még nem teljesen tisztázott, hogy a nemi szocializáció hogyan állhat a depresszió kialakulásának hátterében. Ezen a területen két meghatározó elmélet született, a diszfunkcionális stressz paradigma és a nemi normákhoz való ragaszkodás. A diszfunkcionális stressz paradigma leírja azt, hogy a maszkulin normák megsértése negatív pszichológiai hatással járhat. A nemi normákhoz való ragaszkodás elmélet pedig, hogy a domináns normákhoz való ragaszkodás milyen mértékben befolyásolhatja a mentális

egészségi állapotot és ezek a normák hogyan alakítják a férfiak depresszióra adott viselkedéses reakcióit (Iwamoto et al, 2018).

Öngyilkossági paradoxon

A férfi depresszió témakörében fontos megemlíteni egy kutatást, amely alapvető jelentőségű volt a férfiak depressziójának tüneti képére és öngyilkosságára. A már említett probléma, hogy a nőket kétszer gyakrabban diagnosztizálják depresszióval és kísérelnek meg öngyilkosságot, kissé ellentmondásos azzal, hogy a férfiak háromszor nagyobb valószínűséggel halnak meg és választanak letális módszert öngyilkosságban (Oquendo et al., 2001; WHO, 2017). A Gotland szigetén 1980-ban végzett kutatásban ismerték fel ezt az öngyilkossági paradoxont, amely feltárta, hogy a depresszió felismerése és megfelelő kezelése alapvető fontosságú. Ugyanakkor a vizsgálatban csak a nők öngyilkossági számában volt változás, a férfiakéban nem (Rutz et al., 1997). Több tényező állhat ennek a hátterében, mint hogy az anamnézisben nem találtak, olyan tüneteket, amik egyértelműen utalnak a depresszióra, helyette a maszkolt tünetek voltak láthatóak (pl. agresszív viselkedés) (Rihmer et al., 1995). Hazánkban is végeztek hasonló vizsgálatot, egy 5 éves szuicid program keretein belül, amely alátámasztotta a Gotland szigeti eredményeket (Szanto et al., 2007).

A segítségkérő viselkedés megjelenése

A segítségkereső magatartás megküzdési mechanizmusnak tekinthető. Olyan tudatos cselekvésként írható le, amely a probléma felismerésével, azonosításával és elismerésével kezdődik (Lynch et al., 2018). A segítségkereső magatartás közelebbi vizsgálata feltárja azokat a tényezőket, amelyek a segítségkérés elmulasztásának és a segítségkéréssel kapcsolatos attitűdöknek a hátterében állnak. Számos tanulmány kimutatta, hogy a férfiak a nőkhez képest kisebb valószínűséggel kérnek segítséget, különösen szakszerű segítséget egészségügyi problémák, különösen mentális problémák esetén (Rickwood & Thomas, 2012; Call & Shafer, 2018). Möller-Leimkühler (2002) összefoglaló kutatásában több olyan tényezőt azonosított, amelyek a mentális egészségügyi problémák esetén a segítségkeresési magatartás meghatározói, köztük a nemet, az életkort (45 év alattiak), az egyedülélést, a tünetek súlyosságát és a nagyvárosi életmódot.

Rice és munkatársai (2020) azt találták kutatásukban, hogy a közepes súlyos depresszióval jellemezhető férfiak körében mindössze 8,5%-uk vett igénybe egészségügyi szolgáltatást. A vizsgálat vezetői kiemelték, hogy ez aggodalomra ad okot, ugyanis ebben a mintában a férfiak 63%-a számolt be az elmúlt 2 hétben öngyilkossági vagy önsértő gondolatokról. Azt is megfigyelték, hogy a depresszív tüneteket mutató férfiak hajlamosak

elkerülni a kezelést, hogy ne címkézzék meg őket betegként vagy férfiatlanként, ami a stigmatizáció és megszégyenítés által aláássa a motivációjukat a segítségkérésre (Staiger et al., 2020).

A segítségkéréssel kapcsolatos attitűdök mérése szintén lényeges feladat ezen a területen, hiszen az attitűdök meghatározó tényezői annak, hogy egy személy pszichológiai nehézségek esetén igénybe veszi a pszichológiai segítségnyújtó szolgáltatásokat. Rendkívül fontos ezek alapos ismerete, ugyanis a kedvező attitűdök, a szubjektív normák, illetve az észlelt viselkedési kontroll vezet ahhoz a viselkedéshez, ami a tényleges jövőbeli segítségkérő viselkedés előfutára (Hammer et al, 2018).

Az érzelemszabályozás nehézségei

Az érzelemszabályozással kapcsolatban Thompson (1994) fogalmát szokták legtöbbször ismertetni, amely leírja, hogy az érzelemszabályozás olyan affektív folyamat, amely során a személy befolyással van, hogy milyen extrinzik és intrinzik folyamatokkal méri fel, szabályozza és módosítja érzelmi reakcióit. Az érzelemszabályozásban két típust különböztethetünk meg, a lefelé és felfelé szabályozást. Az érzelmi állapot intenzitásának csillapítása került ugyanakkor a klinikai kutatások fókuszában, hiszen a negatív érzelmek lefelé szabályozása lehet e terület számára releváns kérdés (Bodrogi et al, 2017).

Az érzelemszabályozás nehézségével kapcsolatban Gratz and Roemer (2004) négy aspektust emeltek ki elméletükben: az érzelmek tudatosítását és megértését; az impulzusok kontrollálását és a céloknak megfelelő viselkedés képességét negatív érzelmek jelenlétében; illetve a jobb közérzetet elősegítő, hatékonnak ítélt érzelemszabályozási stratégiákhoz való hozzáférést. Ez a modell elsősorban az alkalmazott klinikai kutatásokban vált hasznossá, az affektív elméleti keretek ugyanis az érzelemszabályozási folyamatokra helyezik a hangsúlyt a feltételezett képességekhez képest (Hallion et al., 2018).

Több kutatás rávilágít arra, hogy a sikeres érzelemszabályozás pozitív egészségi állapottal, iskolai és munkahelyi eredményekkel áll kapcsolatban (Salovey et al., 2004; John & Gross, 2004). Ugyanakkor az érzelemszabályozás nehézségei viszont olyan mentális zavarokkal áll kapcsolatban, mint a szorongás, depresszió vagy a borderline személyiségzavar (Aldao et al. 2010). Az érzelmi és érzelemszabályozási folyamatokkal kapcsolatosan felfedezhetőek nemi különbségek, ezek pedig hozzájárulhatnak a nemek közötti különbségekhez az egyes pszichopatológiai kórképekben. Ezek a patológiák abból erednek, hogy a negatív érzelmeket nem tudjuk szabályozni olyan stratégiák által, mint az elfogadás,

újraértékelés, a problémamegoldás vagy a figyelem átcsoportosítása (Nolen-Hoeksema, 2012).

A férfiak depresszióját tekintve a kutatásokban azt állapították meg, hogy a férfiak depressziós tüneteinek kifejezhető jelenségként tartják számon a negatív érzelmek elnyomását, illetve a depressziós férfiaknál a nemi szerephez való ragaszkodással együtt jár az érzelmek kifejezésének zavara (Heifner, 1997; Brownhill et al., 2005). Tekintve, hogy az érzelemszabályozás nehézségei mérése során kimutatható volt az összefüggés a pszichiátriai zavarokkal, mint a depresszió vagy a szorongás (Neumann et al., 2010), kutatásomban szeretném tovább vizsgálni a hangulatzavarokkal való kapcsolatot, a férfi depresszióra fókuszálva.

Vizsgálat

A vizsgálat célja

A kutatásunkban nem a depressziós epizódot, hanem a depressziós tünetképzésődést szeretnénk volna mélyebb szinten megvizsgálni, így ezt helyeztük kutatásunk fókuszába. Ez a kutatás szempontjából azért fontos, mert olyan személyeket vizsgálunk, akik depressziós tüneteket mutatnak, de nem feltétlenül a major depresszió diagnózisát. A tünetek kapcsolatát a személyiség egyéb dimenziójával kapcsolatosan vizsgáltuk meg, amelyek szociálpszichológiai szempontból is fontosak lehetnek, mint a segítségkérő attitűdök. Az a fő célunk, hogy bemutassuk, hogy azon férfiak, akik főként externalizáló depressziós tüneteket produkálnak és hagyományos depressziós tüneteket mutatnak, mennyire ragaszkodnak maszkulinitásukhoz, illetve milyen érzelemszabályozási stratégiát mutatnak. Továbbá, hogy összehasonlítsuk a két csoport eredményeit, és megvizsgáljuk együttes hatásukat és kölcsönhatásukat. Valamint azt, hogy a segítségkereső attitűdök és viselkedésmódok hogyan nyilvánulnak meg a depressziós tünetek és a maszkulin normák vonatkozásában.

Hipotézisek:

1. hipotézis:

Az a feltételezésünk, hogy a különböző depressziós képet mutató csoportokban lesznek szignifikáns különbségek, a mintában a magas maszkulin normákhoz ragaszkodó személyek csoportjában szignifikánsan nagyobb lesz a férfi depresszió mértéke, mint az alacsony maszkulin normákhoz ragaszkodással jellemezhető csoportban.

2. hipotézis:

Az a feltételezésünk, hogy férfias normákhoz való ragaszkodás és az érzelemszabályozás nehézségei együttesen hatással vannak arra, hogy milyen mértékű férfi típusú depressziója van a vizsgálati személyeknek.

3. hipotézis:

Az a feltételezésünk, hogy a férfias normákhoz való ragaszkodás és a férfi depressziós tünetek együttesen hatással vannak arra, hogy milyen a vizsgálati személyek segítségkérő attitűdje.

4. hipotézis:

Az a feltételezésünk, hogy a mintában van különbség a segítségkérő attitűd mértékében a maskulin normákhoz való ragaszkodás, a férfi depressziós tünetek és a hagyományos depressziós tünetek tekintetében.

Minta

Kutatásom során a magyar populációból 18-59 év közötti férfiakat válogattam be a vizsgálatba. A kutatásban a felnőtt populációt szeretnénk volna megvizsgálni, ezért döntöttünk felső korhatár meghúzására, ahol az Egészségügyi Világszervezet életkori meghatározását tekintettük irányadónak (Dyussenbayev, 2017). A vizsgálatba való bekerülés feltételének ellenőrzésére egy kontroll kérdés feltevésére került sor a kérdőív legelején (Ön férfi? - Igen/Nem). Amennyiben a válaszadó a nem választ jelölte meg kizárásra került a vizsgálatból, akkor is, ha a kérdőív teljes kitöltésre került. Az adatgyűjtés a Kutatásetikai bizottság engedélyezése után kezdődött, elérhetőségi mintavétel formájában, hólabda módszerrel, a közösségi média felületeken. Az adatok gyűjtése 2022. június elejétől 2022. október végéig tartott.

Demográfiai adatok

Az adatgyűjtés során 164 vizsgálati személytől érkezett be adat, ugyanakkor a kérdőív elején alkalmazott kontrollkérdés miatt, ami a női válaszadókat szűrte ki a vizsgálatból, 6 főt ki kellett zárni a vizsgálatból. Így a végleges mintaelem szám $n=157$ lett. A minta vizsgálati személyeinek átlagéletkora 30,08 év (szórás = 11,2).

Az iskolai legmagasabb végzettség tekintetében a minta 47,8 %-a érettségi, 27,4 %-a egyetemi diploma, 14 %-a főiskolai diploma, 5,7 %-a egyéb (pl.: OKJ, szakképző iskola), 5,1 %-a szakmunkásképző végzettséggel rendelkezik. A családi állapotra vonatkozó adatok alapján a mintában szereplő személyek 42,7 %-a egyedülálló, 29,3 %-a párkapcsolatban él, 21 %-a házas, 5,1 %-a élettársi kapcsolatban él, 1,3 %-a özvegy és 0,6 %-a elvált.

Mentális egészségre vonatkozó adatok

A vizsgálati minta 0,6%-át kezelik jelenleg depresszióval és 0,6 %-át jelenleg is gyógyszeresen kezelik. A depresszióval korábban kezelték aránya 1,9 %. A minta 1,9 %-át korábban depresszióval gyógyszeresen kezelték, pszichoterápiában depresszióval pedig 0,6%-át.

A minta 7,0%-át jelenleg is kezelik egyéb pszichés problémával, 4,5%-át pedig jelenleg pszichoterápiában, 0,6%-át pedig gyógyszeresen. A múltban, a mintában 7,0%-ot kezelték már valamilyen pszichés probléma miatt, 4,5% pszichoterápiában és 2,5%-ban válaszolták, hogy gyógyszeresen voltak kezelve.

Módszer

A Pszichológiai Intézet Kutatásetikai bizottsága előzetesen engedélyezte kutatásom lefolytatását. Az etikai engedély száma: UD-IP-2022/36.

A vizsgálat online felületen zajlott. A kérdőívek kitöltése önkéntes alapon, anonim módon történt. A kitöltés során először a kutatásról szóló rövid tájékoztató szöveget kellett elolvasni, majd a „Tovább” gombra kattintva nyilatkozni arról, hogy elfogadta a kutatással járó feltételeket és beleegyezik a vizsgálatba. A kitöltés során ezután a demográfiai kérdésekre, valamint a mentális egészségre vonatkozó kérdésekre kellett választ adni. A kortörténettel kapcsolatos kérdéssort a Maszkulin Normákhoz Való Ragaszkodás Skála (CMNI-30) követte, majd a Férfi Depresszió Kockázatbecslő Skála (MDRS-22-H) magyar változata, ezután egy Beck Depresszió Kérdőív, majd az Érzelemszabályozási Nehézségek Kérdőív és az Életesemény Kérdőív következett. Az utolsó kérdőívek a Mentális Egészség Segítségkereső Attitűdök Skála (MHSAS), illetve az Általános Segítségkérő Viselkedés Kérdőív voltak. A vizsgálat végén a vizsgálati személy választhatott, hogy elküldi válaszait vagy sem. Abban az esetben, ha továbbította adatait, egy köszönő üzenet, valamint a lelkeségvonal telefonszáma és a vizsgálat vezetőinek elérhetősége is feltűnt, ahogy a tájékoztató szövegben is, hiszen a kérdések felkavaróan hathatnak.

Kutatásunkban a demográfiai adatokon és a mentális egészségre vonatkozó kérdéseken kívül standard kérdőíveket használtunk. A Maszkulin Normákhoz Való Ragaszkodás Skála (eredeti néven Conformity to Masculine Norms Inventory (Mahalik, 2003)) eredetileg csak angol nyelven volt elérhető. A kérdőív felhasználására engedélyt kaptunk az eredeti szerzőtől, Dr. Ronald Levant-től. Ezután egy szaktársammal, konszenzusos fordítást végeztük, így

készült el a magyar nyelvű adaptáció. A magyarra nem adaptált kérdőívek reliabilitás vizsgálata megtörtént, amely alapján a kérdőívek felhasználhatósága biztosítva van.

Demográfiai adatok és a Mentális egészségre vonatkozó kérdések

Az első részében a vizsgálatnak az alapvető demográfiai kérdésekre kellett választ adniuk: életkor, családi állapot és legmagasabb iskolai végzettség. Ezt követően az előzetes kortörténet felmérése történt a mentális egészségre vonatkozóan. Lényeges adat lehet ugyanis, hogy a vizsgálati személy élt-e már át depressziós epizódot, diagnosztizálták-e már más mentális betegséggel vagy részesült-e valamilyen kezelésben, a mentális egészsége szempontjából (pl. pszichoterápia, gyógyszeres kezelés).

Maszkulin Normákhoz Való Ragaszkodás Skála (CMNI-30)

A kérdőívet először 2003-ban Mahalik és munkatársai publikálták. Egy olyan mérőeszközt hoztak létre, amely a férfiassághoz kötődő normákat képes mérni. A kérdőív itemjei 10 faktorba rendeződnek. Kutatásunkban a 30 állítást tartalmazó, rövidített változatot alkalmaztuk, amit Levant és munkatársai validáltak 2020-ban (Levant et al., 2020). A 10 faktor a következő: érzelmi kontroll, győzelem, playboy, erőszak, heteroszexuális önbemutató, státusz üldözése, munka elsőbbsége, nők feletti hatalom, önállóság/önellátás, kockázatvállalás. A kérdőív kitöltése során az olvasott állításokról Likert-skálán kell eldöntenie a kitöltőnek, hogy mennyire ért velük egyet 1-6-ig, ahol 1: egyáltalán nem ért egyet; 6: teljes mértékben egyetért.

Férfi Depresszió Kockázatbecslő Skála magyar verziója (MDRS-22-H)

A kérdőív a férfi depresszió konstrukciónak az empirikus mérése jött létre, elősegítve az externalizáló tünetek figyelembe vételét. A kérdőív megbízhatóan képes bejósolni a klinikai depressziós diagnózist, mind a korábbi öngyilkossági kísérletet (Rice et al., 2019). A kérdőív egy 6 faktoros modellt követ, ezzel 6 tényezőt ragad meg a férfi depresszió kimutatására: érzelmek elnyomása, drog használat, alkohol fogyasztás, düh és agresszió, szomatikus tünetek, kockázatvállalás. 22 állítás szerepel a kérdőívben, amelyekről el kell döntenie a vizsgálati személynek, hogy az elmúlt hónapban (31 nap) mennyire voltak igazak rá az adott állítások. A válaszadásra egy 8-fokú Likert-skála áll rendelkezésre, ahol 0: Egyáltalán nem (0 nap); 7: Majdnem mindig (25 + nap) (Rice et al., 2013).

Beck Depresszió Kérdőív (BDI)

Az önkítöltő depresszió skálát Beck és munkatársai (1961) alkották meg, a céljuk az volt, hogy egy olyan mérőeszközt alkossanak, amely a klinikai tapasztalatok alapján képes meghatározni a depresszió súlyosságát. A 21 tételt tartalmazó, a depresszió affektív, kognitív, motivációs és szomatikus összetevőit térképezi fel. Az eredeti kérdőív 21 tételből áll, melyeket 0–3-ig pontoznak a tünet súlyossága alapján. A 21 tünet-attitűd elem: szomorúság, pesszimizmus, kudarcok, értéktelenség, önbüntetés, önutálat, önhibáztatás, öngyilkosság, sírás, testkép, elégedetlenség, ingerlékenység, visszahúzódás, döntésképtelenség, munkaképtelenség, fáradtság, hipochondria, álmatlanság, étvágytalanság, súlycsökkenés. Ezen 21 item 3 faktorba rendezhető, amelyek: negatív attitűdök, teljesítmény zavar és szomatikus tünetek. A magyar mintán végzett vizsgálat alapján a kérdőív nagyon jó validitás és reliabilitás értéket mutat (Kopp, 2007). A kutatási szempontok mellett gyakorlati szempontból is jól alkalmazható, azonban fontos kiemelni, hogy önmagában alkalmazva nem megfelelő a depresszió diagnosztizálására (Beck et al., 1961).

Érzelemszabályozási Nehézségek Kérdőív (DERS)

Gratz és Roemer (2004) az általuk megalkotott elmélet alapján hozták létre kérdőívüket, amelyben a 36 item 6 alskálába rendeződik: az érzelmi válaszok elfogadhatatlansága, a célvezérelt viselkedés fenntartásának nehézségei, impulzuskontroll-nehézségek, az érzelmi tudatosság hiánya, az érzelemszabályozási stratégiákhoz való korlátozott hozzáférés, az érzelmi tisztaság hiánya. A tételre ötfokú skálán kell választ adni, ahol az 1: szinte soha; 5: szinte mindig. A magyar változat alskáláinak és összpontszámának reliabilitási és validitási mutatói jónak mondhatók (Kököneyei, 2008).

Életesemény Kérdőív

A klinikumban széleskörűen használt Életesemény kérdőív rövidített és módosított változatát használtuk. A kitöltő személynek 28 tételt kell megválaszolnia, megjelölve, hogy a felsorolt események közül melyik történt meg velük az elmúlt 12 hónapban. Ez után azt is meg kell jelölnie, hogy a számára mennyire volt érzelmileg megterhelő az esemény. Az érzelmi megterhelés mértékét egy 0-5-ig terjedő Likert skálán kell megválaszolni, ahol a 0: egyáltalán nem megterhelő; 5: nagyon súlyos. Perczel Forintos és Kiss (2004) szignifikáns különbséget talált az átélt negatív életesemény gyakoriságában öngyilkosságot megkísérelt és egészséges személyek között.

Mentális Egészség Segítségkereső Attitűdök Skála (MHSAS)

A Mentális Egészség Segítségkereső Attitűdök Skálának még nem létezett magyar változata, a fordítást az engedélykérést követően végeztük. A kérdőívben a pszichológiai/mentálhigiénés szakember segítségének kérésére vonatkozó 9 item található. A vizsgálati személyek egy 7 pontos differenciálskála segítségével válaszolnak, amelynek mindkét végén jelzőkkel írják le a segítségkérő attitűdöt, pl. jó vagy rossz (Hammer et al, 2018).

Általános Segítségkérő Viselkedés Kérdőív (ÁSVK)

A kérdőív alapja a General Help-Seeking Questionnaire (Tulio és Valesquez, 2014), amelynek hivatalos magyar adaptáció nem létezik, ugyanakkor hazánkban már alkalmazták segítségkérő viselkedés vizsgálatára (Almássy et al. 2019). Az eredeti kérdőív kiegészítésre került, a potenciális segítségnyújtók listáját a vizsgálat szempontjaihoz igazítsuk. Az eredeti kérdőív személyes/érzelmi problémák és öngyilkossági gondolatok esetében méri a segítségkérő szándékot. A mi vizsgálatunkban személyes/érzelmi, párkapcsolati és munkahelyi problémákat vizsgáltunk. A kérdőív kitöltése során hétfokú Likert-skálán kell választ adni, arra vonatkozóan, hogy a listában szereplő személyektől, a felmerülő problémájuk során mennyire jellemző, hogy segítséget kérnének.

Eredmények

Az adatok vizsgálatára az SPSS (26) és az R (1.3.1) statisztikai programcsomagokat használtuk.

A mérőeszközök megbízhatósága

A belső konzisztencia vizsgálatára a Cronbach-alfa mutató kiszámítására került sor. Az reliabilitás vizsgálatokban a 0,6-0,7 közötti, valamint a 0,7 feletti értéket fogadtam el, mint megbízhatósági mutató a kérdőívek és skálákra nézve. A vizsgálatban alkalmazott mérőeszközök jó belső konzisztenciával rendelkeznek, így alkalmasnak bizonyultak az elemzés lefolytatására. A skálák és alskálák belső konzisztenciája az 1. táblázatban látható.

1. táblázat

Skálák és alskálák belső konzisztencia mutatói

Skála neve	Itemszám (N)	Cronbach-alfa
CMNI	30	0,81

Érzelmi kontroll		0,75
Győzelem		0,722
Playboy		0,863
Erőszak		0,739
Heteroszexuális önbemutató		0,969
Státusz üldözése		0,559
Munka elsőbbsége		0,838
Nők feletti hatalom		0,797
Önállóság/önellátás		0,637
Kockázatvállalás		0,833
MDRS-22	22	0,9
Érzelmi kontroll		0,737
Droghasználat		0,968
Alkoholfogyasztás		0,879
Düh és agresszió		0,863
Szomatikus tünetek		0,853
Kockázatvállalás		0,544
BDI	21	0,92
DERS	36	0,93
Érzelmi válaszok elfogadhatatlansága		0,921
Célvezérelt viselkedés fenntartásának nehézségei		0,828
Impulzuskontroll nehézségek		0,859
Érzelmi tudatosság hiánya		0,816
Érzelemszabályozási stratégiákhoz való korlátozott hozzáférés		0,886
Érzelmi tisztaság hiánya		0,842

MHSAS		9	0,94
ÁSVK 1.		10	0,75
ÁSVK 2.		10	0,73
ÁSVK 3.		10	0,79

Amint a táblázatból kiolvasható, az összes skála megbízható belső konzisztenciával rendelkezik. Ez nagyon fontos volt az CMNI-30 és a MDRS-22 szempontjából, hiszen ezek magyar nyelvre történő validálása még nem készült el. Az alskálák nézve az MDRS-22 esetében látható, hogy a Kockázatvállalás alskála belső konzisztenciája nem éri el a várt értéket, valamint hasonlóan a CMNI-30 esetében a Státusz üldözése. Ezek az alskálák további pontosításra és vizsgálata szorulnak, ezért ezeket a továbbiakban fenntartásokkal kezeltük.

A depressziós tünetképzés vizsgálata

Az elemzés első lépéseként megtörtént a depressziós tünetképzés feltérképezése a mintában. A vizsgálatban kétlépcsős módszerrel mértük a depressziós tüneteket, amint azt tárgyalják a szakirodalomban, ezek alapján lehet a legpontosabb képet kapni a depressziós tünetképzésről (Cochran és Rabinowitz, 2000). Egyrészt a Beck Depresszió Kérdőív (BDI) segítségével a hagyományos tüneteket ragadtuk meg, illetve a Férfi Depresszió Kockázatbecslő Skála (MDRS) segítségével a férfi típusú depressziós tüneteket. Valamint azt is, hogy a maszkulin normákhoz való ragaszkodás milyen módon befolyásolja a tünetképződést, amelyet a Férfi Normákhoz Való Ragaszkodás Skálával (CMNI) vizsgáltunk.

Klaszteranalízist alkalmaztunk az MDRS-en, hogy a leoptimálisabb ponton feleződjön a vizsgálati minta, ugyanis magyar mintán validált értékek még nem állnak rendelkezésre jelenleg. A kétlépcsős klaszteranalízis 2 csoportot különített el, egy férfi depresszióval nem jellemezhető alacsony, amelybe a 157 főből 117 (74,5%) tartozik, és egy férfi depresszióval jellemezhető magasabb értékeket mutató csoportot, amelybe 40 (25,5%) személy tartozik. A nem férfi depressziós csoport MDRS pontszám átlaga 21,37, a férfi depressziós csoport pontszám átlaga pedig 62,58. Ezt követően a BDI-n depressziós és nem depressziós csoport kialakítására került sor a standard értékeknek megfelelő 9 pont (vágóérték) alapján, ami felett depresszió gyanúja áll fenn (nem tettünk különbséget a depresszió szintjei között -enyhe, mérsékelt, magas-, csak a depresszió valószínűsíthető fennállásával dolgoztunk. A kereszt tábla a 2. táblázatban látható.

2. táblázat

BDI és MDRS klaszterek

		BDI klaszterek		
		nem depressziós	depressziós	Összesen
MDRS klaszterek	magas	12	28	40
	alacsony	87	30	117
Összesen		99	58	157

A elemzések céljából a vizsgálati személyek további négy csoportba kerültek:

1. csoport: BDI és a MDRS skálák sem mutatnak 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) jelez lehetséges depressziót;
4. csoport: A csoport tagjainál mind a BDI és MDRS skála értékei valószínűsítik a depressziót.

A depresszió alapján kialakított négy csoport megoszlása az 3. táblázatba látható.

3. táblázat

Depresszió 4 csoportja

	gyakoriság	megoszlás
nincs depresszió	87	55,4 %
csak BDI	30	19,1 %
csak MDRS	12	7,6 %

MDRS és BDI	28	17,8 %
Összesen	157	100 %

Ezt a négy csoportot használtuk a további vizsgálatokban, ahol azt néztük meg, hogy azok hogyan függnak össze a férfias normákhoz való ragaszkodással és az érzelemszabályozási nehézségekkel.

Azt szeretnénk volna megvizsgálni, hogy szignifikáns különbség van-e a 4 csoportban a férfias normákhoz való ragaszkodás, illetve az érzelemszabályozási nehézségekre nézve. A kialakított 4 csoportban megvizsgáltuk a férfiassághoz való ragaszkodás dimenziók pontszámaiban és az érzelemszabályozás nehézség dimenziók pontszámaiban mutatkozó esetleges eltéréseket, szeretnénk ugyanis kideríteni, hogy a négy csoport milyen maszkulin normákhoz való ragaszkodás mértékkel és milyen érzelemszabályozás nehézségek mértékkel jellemezhetőek. Mivel az a feltételezésünk, hogy a leírt 4 csoporton belül lesznek szignifikáns különbségek, hiszen az egyes csoportba tartozó egyének teljesen máshogy élik meg a depressziós tüneteiket.

A vizsgálathoz Kruskal-Wallis próbát alkalmaztunk, ugyanis a CMNI pontszám normál eloszlást mutatott, viszont a DERS pontszám nem normál eloszlású. A normalitás vizsgálatot a Shapirow-Wilk próbával ellenőriztük, amelynek eredménye a CMNI esetében $p=0,381$; a DERS esetében $p<0,05$.

A Kruskal-Wallis próba a férfias normákhoz való ragaszkodásra szignifikáns lett ($H=13,47$; $p<0,05$), vagyis a négy depressziós tüneti eloszlású csoport CMNI összpontszáma különbözik egymástól. A rangátlagok alapján a leginkább normákhoz ragaszkodó csoport az, amelyben csak a férfi depressziót mérő skála (MDRS) jelez lehetséges depressziót (rangátlag=108,13).

A CMNI dimenziókat tekintve a Érzelmi kontroll ($H=17,64$; $p<0,05$), Playboy ($H=11,67$; $p<0,05$), Munka elsőbbsége ($H=11,52$; $p<0,05$), Nők feletti hatalom ($H=7,63$; $p=0,05$) és az Önállóság ($H=12,18$; $p<0,05$) jelzett szignifikáns különbséget a négy csoportban. A rangátlagokat nézve a leginkább normákhoz ragaszkodó csoport az Érzelmi kontroll (rangátlag=103,46) és Önállóság (rangátlag=96,04) dimenzióban az, amelyekben mind a BDI és MDRS skála értékei valószínűsítik a depressziót. A Playboy

(rangátlag=115,29), Munka elsőbbsége (rangátlag=108,83) és a Nők feletti hatalom (rangátlag=112,08) esetén, pedig amelyikben csak a férfi depressziót mérő skála (MDRS) jelez lehetséges depressziót.

Az érzelemszabályozás nehézségeinek vizsgálatára szintén szignifikáns különbséget mutatott a Kruskal-Wallis próba ($H=58,66$; $p<0,05$), vagyis a négy depressziós tüneti eloszlású csoport DERS összpontszáma különbözik egymástól. A rangátlagok alapján a leginkább érzelemszabályozási nehézséggel rendelkező csoport az, amelyikben mind a BDI és MDRS skála értékei jelzik a depressziót (rangátlag=119,54).

A DERS alskáláit megvizsgálva azt láthatjuk, hogy mind az érzelmi válaszok elfogadhatatlansága ($H=35,07$; $p<0,05$), a célvezérelt viselkedés fenntartásának nehézségei ($H=15,48$; $p<0,05$), az impulzuskontroll-nehézségek ($H=33,62$; $p<0,05$), az érzelmi tudatosság hiánya ($H=18,89$; $p<0,05$), az érzelemszabályozási stratégiákhoz való korlátozott hozzáférés ($H=45,88$; $p<0,05$) és az érzelmi tisztaság hiánya ($H=45,48$; $p<0,05$) jelzett szignifikáns különbséget a négy csoportban. A rangátlagokat látva látható, hogy a leginkább érzelemszabályozási nehézséggel rendelkező csoport az érzelmi válaszok elfogadhatatlansága (rangátlag=117,16), a célvezérelt viselkedés fenntartásának nehézségei (rangátlag=101,21), az impulzuskontroll-nehézségek (rangátlag=116,64), az érzelemszabályozási stratégiákhoz való korlátozott hozzáférés (rangátlag=112,79) és az érzelmi tisztaság hiánya (rangátlag=108,75) dimenzióban az amelyikben mind a BDI és MDRS skála értékei valószínűsítik a depressziót. A érzelmi tudatosság hiánya (rangátlag=102,13) esetén viszont az, amelyikben a BDI összpontszám alapján a depresszió valószínűsíthető, ellenben az MDRS nem jelez depressziót.

A Maszkulin Normákhoz Való Ragaszkodás Skála és az Érzelemszabályozási Nehézségek Kérdőív további elemzésére szintén klaszteranalízist kellett alkalmazni, hogy a legoptimálisabb ponton felezzön a vizsgálati minta. A kétlépéses klaszteranalízis 2 csoportot különített el a CMNI esetén, egy férfi normákhoz alacsonyan ragaszkodó csoportot (2), amelybe a 157 főből 69 (43,9%) tartozik, és egy férfi normákhoz magasan ragaszkodó csoportot (1), amelybe 88 (56,1%) személy tartozik. Az alacsonyan ragaszkodó csoport CMNI pontszám átlaga 73,84, a magasan ragaszkodó csoport pontszám átlaga pedig 101,44. A DERS vizsgálatára is hasonló klaszteranalízist hajtottunk végre, 2 csoportot elkülönítve, egy érzelemszabályozási nehézségben alacsony csoportot (1), amelybe a 157 főből 71 (45,2%) tartozik, és egy érzelemszabályozási nehézségben magas csoportot (2), amelybe 88 (54,8%) személy tartozik. Az alacsony csoport pontszám átlaga 62,73, a magas csoport pontszám átlaga pedig 101,19. A CMNI és DERS klasztereket a 4. és 5. táblázat ábrázolja.

4. táblázat

CMNI klaszterek

CMNI klaszterek	gyakoriság	megoszlás
alacsony ragaszkodás	69	43,9%
magas ragaszkodás	88	56,1%
Összesen	157	100 %

5. táblázat

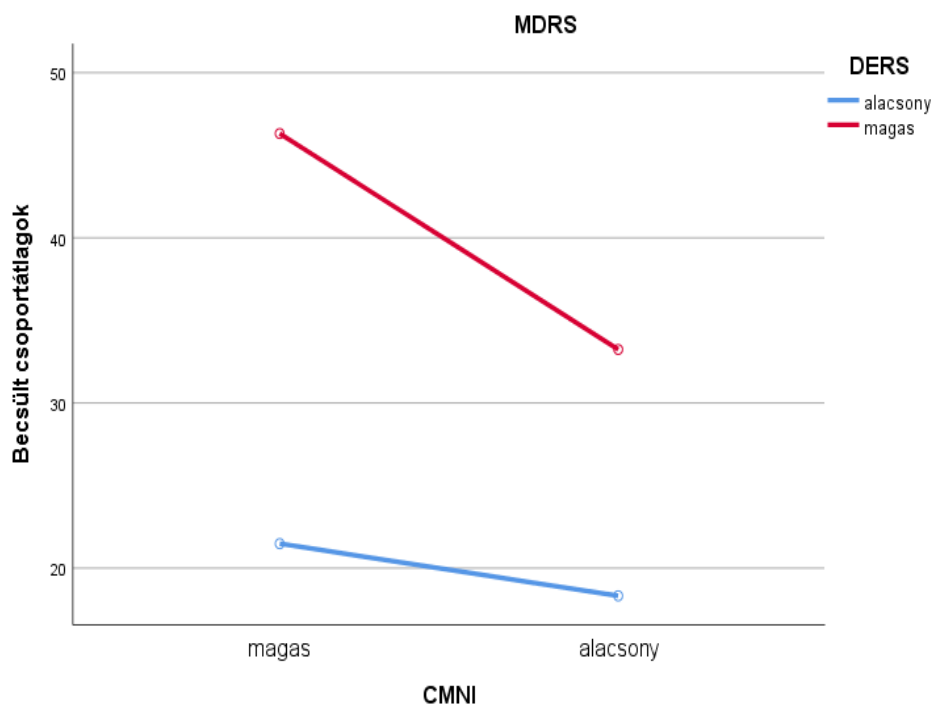
DERS klaszterek

DERS klaszterek	gyakoriság	megoszlás
alacsony	71	45,2%
magas	88	54,8%
Összesen	157	100 %

Ezt követően a maskulin normákhoz való ragaszkodást és az érzelemszabályozás nehézségének együttes hatását szeretnénk volna vizsgálni a férfi depressziós pontszámokra a mintán. Vagyis azt, hogyan hathat az férfias normákhoz való ragaszkodás és az érzelemszabályozás nehézségei együttesen arra, hogy milyen mértékű férfi típusú depressziója van a vizsgálati személyeknek. Ennek elemzésére kétszemponos varianciaanalízist végeztünk. A maskulin normákhoz való ragaszkodás független változónak és az érzelemszabályozás nehézségének külön-külön szignifikáns főhatása van [$F_{CMNI}(1,153)=7,470$, $p<0,05$; $F_{DERS}(1,153)=44,791$, $p<0,05$]. A két változó között tendenciaszerű interakció mutatható ki. [$F_{CMNI \times DERS}(1,153)=2,787$, $p=0,09$]. Az analízis eredményét az 1. ábra szemlélteti.

1. ábra

Maszkulin normákhoz való ragaszkodás és az érzelemszabályozás nehézségének együttes hatása a férfi depressziós pontszámokra



Az életesemények érzelmi megterhelését megvizsgálva, szeretnénk volna megtudni milyen különbség fedezhető fel a depressziós tünetképződést tekintve. Elsőként az Életesemény Kérdőívben elért érzelmi megterhelés pontszámokat átlagoltuk (átlag = 13,465), majd egy szórást (szórás = 16,12) hozzáadtunk az átlaghoz. Az efelettiek a magasabb, az alattiak az alacsonyabb életesemény megterheléssel jellemezhetőek. Ezt követően a magas és alacsony csoportokat egy Mann-Whitney próbával vizsgáltuk meg a férfi depressziós tünetek összpontszám változóra nézve. A próba szignifikáns lett ($U = 518$; $z = -1,961$; $p=0,05$). Vagyis a magas és alacsony életesemény megterhelés férfi depresszió szintje szignifikánsan eltér egymástól. Az eredmények alapján pedig azt mondhatjuk, hogy a magas életesemény megterhelés szignifikánsan magasabb férfi depresszió szinttel jellemezhető. Szintén Mann-Whitney próbával vizsgáltuk meg a hagyományos depressziós tünetek. A próba szignifikáns lett ($U = 506$; $z = -2,047$; $p<0,05$). Ez az mutatja, hogy a magas és alacsony életesemény megterhelés hagyományos depresszió szintje szignifikánsan eltér egymástól. Az mondhatjuk, hogy a magas életesemény megterhelés szignifikánsan magasabb hagyományos depresszió szinttel jellemezhető.

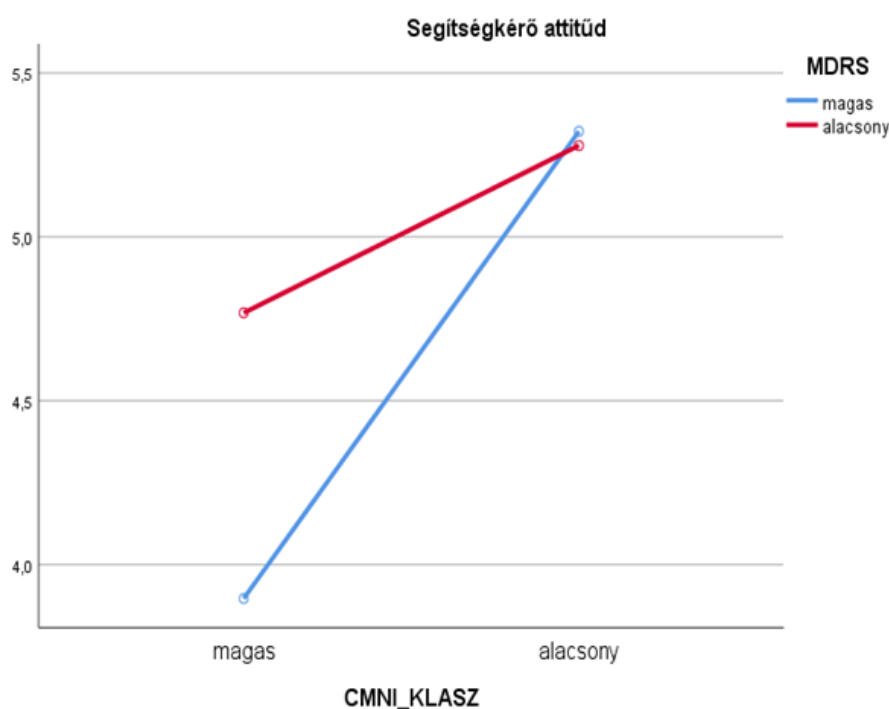
Az életesemények megterhelését folytonos változóként és a többi változó korrelációját is megvizsgáltuk, azonban nem találtunk szignifikáns összefüggést.

A segítségkérő viselkedés kapcsolatának vizsgálata

A segítségkérés vizsgálata során azt szeretnénk volna megnézni, mi lesz az, ami a segítségkérő viselkedést és attitűdöt befolyásolja. Ennek elemzésére először a férfi depressziós tünetek és a maszkulin normákhoz való ragaszkodás együttes hatását szeretnénk volna vizsgálni a segítségkérő attitűd pontszámokra a teljes mintán. Lényegében arra voltunk kíváncsiak, hogyan hathat az férfias normákhoz való ragaszkodás és a férfi depressziós tünetek együttesen arra, hogy milyen a vizsgálati személyek segítségkérő attitűdje. Kétszemponos varianciaanalízist végeztünk ennek a vizsgálatára. A próba alapján a maszkulin normákhoz való ragaszkodás független változónak van [$F_{CMNI}(1,153)=13,559$; $p<0,05$], a férfi típusú depresszióknak azonban nincs szignifikáns főhatása [$F_{MDRS}(1,153)=2,481$; $p=0,117$] a segítségkérő attitűd pontszámára. A két változó között tendencia szerű interakció mutatható ki. [$F_{CMNI \times MDRS}(1,153)=3,030$; $p=0,08$]. Az analízis eredményét a 2. ábra szemlélteti.

2. ábra

Férfi depressziós tünetek és a maszkulin normákhoz való ragaszkodás együttes hatása a segítségkérő attitűdre



Ezt követően az elemzésben azt vizsgáltuk tovább, hogy a segítségkereső attitűd hogyan hasonlítható össze egyes változók csoportjában. Az MHSAS pontszámokat elemezve azt találtuk, hogy a pontszámok nem normál eloszlásúak, a Shapiro-Wilk próba eredménye $p < 0,05$, így nem paraméteres eljárásokat alkalmaztunk az adatok elemzéséhez. Elsőként a maskulin normákhoz való ragaszkodás alacsony és magas csoportját az MHSAS összpontszám változó segítségével. A vizsgálathoz a Mann-Whitney próbát használtuk. A próba szignifikáns lett ($U = 1852,5$; $z = -4,188$; $p < 0,05$). Tehát a magas és alacsony maskulin normákhoz való ragaszkodás segítségkérő attitűdje szignifikánsan eltér egymástól. Ezen eredmények alapján azt mondhatjuk, hogy a magas maskulin normákhoz való ragaszkodásra szignifikánsan kisebb segítségkérő attitűd jellemző, mint az alacsony normákhoz való ragaszkodás. A csoportok összehasonlítását a 6. táblázat mutatja be.

6. táblázat

Alacsony és magas maskulin normákhoz való ragaszkodás csoportok összehasonlítása a segítségkérés tekintetében

	CMNI	Rangátlag
MHSAS összpont	alacsony	96,15
	magas	65,55

Majd ezután néztük a férfi depressziós tünetek alacsony és magas csoportját az MHSAS összpontszám változó segítségével. A Mann-Whitney próba ezúttal is szignifikáns lett ($U = 1476,5$; $z = -3,480$; $p < 0,05$). Tehát a magas és alacsony férfi típusú depressziós tünetekkel jellemezhető csoport segítségkérő attitűdje szignifikánsan eltér egymástól. Ezen eredmények alapján azt mondhatjuk, hogy a magas szintű férfi depresszió tünetekkel jellemezhető csoportra szignifikánsan kisebb segítségkérő attitűd jellemző, mint magas depresszió szint esetén. A csoportok összehasonlítását a 7. táblázat szemlélteti.

7. táblázat

Alacsony és magas férfi depressziós tünet csoportok összehasonlítása a segítségkérés tekintetében

	MDRS	Rangátlag
MHSAS	alacsony	86,38
összpont	magas	57,41

Végül pedig a hagyományos depresszió alacsony és magas csoportját vizsgáltuk az MHSAS összpontszám változó segítségével. A Mann-Whitney próba ebben az esetben is szignifikáns különbséget mutatott ($U = 1865$; $z = -3,661$; $p < 0,05$). Ez alapján a magas és

alacsony hagyományos depresszió csoport segítségkérő attitűdje szignifikánsan eltér egymástól. Ezen eredmények alapján azt mondhatjuk, hogy a magas hagyományos depresszióra szignifikánsan kisebb segítségkérő attitűd jellemző. A csoportokat a 8. táblázat mutatja be.

8. táblázat

Alacsony és magas hagyományos depresszió csoportok összehasonlítása a segítségkérés tekintetében

	BDI	Rangátlag
MHSAS összpont	alacsony	86,16
	magas	61,66

Következtetések

Kutatásunk egyik fő célja az volt, hogy a hagyományos és férfi depresszió közötti különbségeket megvizsgáljuk, hogy jobban megértsük a depresszió tipikus és atipikus formáinak mögöttes dinamikáját, és betekintést nyerjünk ezekbe. Tanulmányunkban több mérőeszközt használtunk, amelyek mindegyike megbízhatónak bizonyult. A dolgozat az összegyűjtött adatokon keresztül hozzájárult ahhoz is, hogy a jövőben jobban megismerhetővé váljon a magyar validálással még nem rendelkező CMNI.

A vizsgálati minta nem reprezentatív, az átlag életkor 30 év, amelybe főleg a fiatal felnőtt populációból tartoznak személyek. A vizsgálat folytatásának fontos célja lehet a résztvevők számának növelése, több férfi bevonása és az életkori csoportok bővítése. A dolgozat írásának idejében a CMNI, MDRS és az MHSAS még nem rendelkezett magyar nyelvű validációval, így pontos pszichometriai tulajdonságai nem ismertek.

Kutatásunk első részében a hagyományos és a férfias depresszió tüneti képét vizsgáltuk. A kutatásunk során megvizsgáltuk a férfi depressziós állapotok és a férfiassághoz való ragaszkodás mértéke (alacsony ragaszkodás, magas ragaszkodás) közötti különbséget, ami szorosnak bizonyult. Ezt teljes mértékben alátámasztják a szakirodalomi adatok (Cochran és Rabinowitz, 2000, 2003; Real, 1997). Majd a maskulin normákhoz való ragaszkodás és az érzelemszabályozást együttes hatását vizsgáltuk a férfi depresszióra, amely esetében nem csak az látszik, hogy szignifikáns hatásuk van, de tendenciaszerű interakció is megfigyelhető. A kutatásokban már egyre nagyobb hangsúlyt fektettek az érzelemszabályozási stratégiák hatására a pszichés zavarokra, mint a depresszió (Roemer et al. 2009), de az eredmények ismeretében a jövőbeni kutatások fontos területe lehet a férfi depresszió területén a

férfinormákkal való kapcsolat vizsgálata, mivel még kevés adat és kutatás áll rendelkezésre. Az életesemények hatását is vizsgáltuk, ahol azt láthatjuk, hogy a magas életesemény megterhelés szignifikánsan magasabb férfi depressziós és hagyományos depresszió szinttel volt jellemezhető. A következőkben megnéztük a segítségkérő attitűdöt és viselkedést, ahol feltételezéseinket az adatok elemzése alátámasztotta, hogy a férfias normákhoz való ragaszkodás és a férfi depressziós tünetek együttesen hatással vannak arra, hogy milyen a vizsgálati személyek segítségkérő attitűdje. Valamint, hogy a segítségkérő attitűd a különböző csoportokat összevetve alacsony szintet mutatott, mind a normákhoz való ragaszkodás, mind a depressziós tüneteket nézve, amelyet a szakirodalmak is igazolnak (Rice et al., 2020; Staiger et al., 2020).

Vizsgálatunk fontos célkitűzése volt, a CMNI kérdőív magyar nyelvű adaptálása és a kérdőív magyar mintán való vizsgálata. A férfias normáknak való megfelelés egy sokrétű konstrukció, amely hasznos lehet a férfiak intraperszonális és egészségügyi kimenetelének kezelésében, a pszichológusok hasznát vehetik a kliensek férfias normáknak való ragaszkodásra vonatkozó információk felhasználásának a segítségkereső viselkedésben vagy a szociális működésben. Levant és munkatársainak korábbi eredményeit, miszerint a Playboy, Nők feletti hatalom és az Önállóság alskálák szignifikáns különbséget jeleztek a depresszió diagnosztikus méréseivel, a mi eredményeink is egyértelműen alátámasztották (Levant et al., 2020).

Összefoglalás

Összefoglalóan elmondható, hogy az eredmények nagymértékben egybevágtak a szakirodalomban leírtakkal. Kutatás jövőre nézve van fontos kutatási potenciállal rendelkezik, tekintve, hogy hazánkban ez a terület nem kapott még elég figyelmet, ugyanakkor nagyon fontos kérdéseket érint, mint a férfiak depressziója és az öngyilkosság. Gyakorlati hasznát nézve az ellátórendszerben lenne lehetőség figyelmet fordítani a férfias depresszió tüneteire és a maszkulin normákra a diagnózis alkotás során. Valamint arra is felhívja a figyelmet, hogy a segítségkérő magatartás nehéz döntés lehet a mentális egészségi problémákkal küzdő egyén számára. A hagyományos nemi szerepek és normák, a szolgáltatásokhoz való hozzáférés hiánya és a megbélyegzés mind hozzájárulhatnak ahhoz, hogy a férfiak nem vagy csak vonakodva keresnek szakmai segítséget mentális egészségügyi problémáik miatt. Ezért fontos, hogy az egészségügyi szakemberek, a politikai döntéshozók és más érdekelt felek olyan környezetet teremtsenek, amelyben a férfiak szívesen veszik igénybe a szükséges szolgáltatásokat.

Irodalomjegyzék

- Addis, M. E., & Mahalik, J. R. (2003). Men, masculinity, and the contexts of help seeking. *The American Psychologist*, 58(1), 5–14. <https://doi.org/10.1037/0003-066x.58.1.5>
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30(2), 217–237. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.11.004>
- Almássy, Zs., Somogyi, D. & Szatmári, Á. (2019): A segítségkérő viselkedés és a depresszió kapcsolata a fiatal felnőttek körében. *Különleges Bánásmód*, 5(4). 7-19. <https://doi.org/10.18458/KB.2019.4.7>.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5), Fifth edition*. American Psychiatric Association.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561–571. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1961.01710120031004>
- Bodrogi, B., Bereczkei, T., & Deák, A. (2017). Az Érzelemszabályozás és az érzelmi intelligencia kapcsolata kognitív átkeretezési feladatban, *Magyar Pszichológiai Szemle*, 72(4), 509-531. <https://doi.org/10.1556/0016.2017.72.4.3>
- Brownhill, S., Wilhelm, K., Barclay, L., & Schmied, V. (2005). 'Big build': hidden depression in men. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39(10), 921–931. <https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2005.01665.x>
- Call, J. B., & Shafer, K. (2018). Gendered Manifestations of Depression and Help Seeking Among Men. *American Journal of Men's Health*, 12(1), 41–51. <https://doi.org/10.1177/1557988315623993>
- Cochran, S. W., & Rabinowitz, F. E. (2000). *Men and depression: clinical and empirical perspectives*. San Diego: Academic Press.

- Cochran, S. V., & Rabinowitz, F. E. (2003). Gender-sensitive recommendations for assessment and treatment of depression in men. *Professional Psychology: Research and Practice*, 34(2), 132–140. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.34.2.132>
- Courtenay W. H. (2000). Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Social Science & Medicine*, 50(10), 1385–1401. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(99\)00390-1](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(99)00390-1)
- Dyussenbayev, A. (2017). Age Periods Of Human Life. *Advances in Social Sciences Research Journal*, 4(6). <https://doi.org/10.14738/assrj.46.2924>
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41–54. <https://doi.org/10.1023/B:JOBA.00000007455.08539.94>
- Hallion, L. S., Steinman, S. A., Tolin, D. F., & Diefenbach, G. J. (2018). Psychometric properties of the Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS) and its short forms in adults with emotional disorders. *Frontiers in Psychology*, 9, Article 539. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00539>
- Hammer, J. H., Parent, M. C., & Spiker, D. A. (2018). Mental Help Seeking Attitudes Scale (MHSAS): Development, reliability, validity, and comparison with the ATSPPH-SF and IASMHS-PO. *Journal of Counseling Psychology*, 65(1), 74–85. <https://doi.org/10.1037/cou0000248>
- Heifner, C. (1997). The male experience of depression. *Perspectives in Psychiatric Care*, 33(2), 10–18. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6163.1997.tb00536.x>
- Iwamoto, D. K., Brady, J., Kaya, A., & 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.

<https://doi.org/10.1177/1557988318785549>

- John, O. P., & Gross, J. J. (2004). Healthy and unhealthy emotion regulation: personality processes, individual differences, and life span development. *Journal of Personality*, 72(6), 1301–1333. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2004.00298.x>
- Kopp, M. (2007). Beck Depresszió Kérdőív. In Perczel-Forintos, D., Ajtay, Gy., és Kiss, Zs.(Eds.), *Kérdőívek, becslőskálák a klinikai pszichológiában* (pp. 44–45). Semmelweis Kiadó.
- Kököneyi, G. (2008). *Érzelemszabályozás krónikus fájdalomban* [Phd disszertáció].
- Központi Statisztikai Hivatal (2019). *A fenntartható fejlődés indikátorai Magyarországon, 2018*. Központi Statisztikai Hivatal.
- Központi Statisztikai Hivatal (KSH) (2020). Öngyilkosság. <https://www.ksh.hu/ffi/1-16.html>
- Levant, R. F., McDermott, R., Parent, M. C., Alshabani, N., Mahalik, J. R., & 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*, 67(5), 622–636. <https://doi.org/10.1037/cou0000414>
- Lynch, L., Long, M., & Moorhead, A. (2018). Young Men, Help-Seeking, and Mental Health Services: Exploring Barriers and Solutions. *American Journal of Men's Health*, 12(1), 138–149. <https://doi.org/10.1177/1557988315619469>
- Mahalik, J. R., Locke, B. D., Ludlow, L. H., Diemer, M. A., Scott, R. P. J., Gottfried, M., & Freitas, G. (2003). Development of the Conformity to Masculine Norms Inventory. *Psychology of Men & Masculinity*, 4(1), 3–25. <https://doi.org/10.1037/1524-9220.4.1.3>
- Möller-Leimkühler A. M. (2002). Barriers to help-seeking by men: a review of sociocultural and clinical literature with particular reference to depression. *Journal of Affective Disorders*, 71(1-3), 1–9. [https://doi.org/10.1016/s0165-0327\(01\)00379-2](https://doi.org/10.1016/s0165-0327(01)00379-2)
- Neumann, A., van Lier, P. A., Gratz, K. L., & Koot, H. M. (2010). Multidimensional

- assessment of emotion regulation difficulties in adolescents using the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Assessment*, 17(1), 138–149.
<https://doi.org/10.1177/1073191109349579>
- Nolen-Hoeksema S. (2012). Emotion regulation and psychopathology: the role of gender. *Annual Review of Clinical Psychology*, 8, 161–187. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032511-143109>
- Oquendo, M. A., Ellis, S. P., Greenwald, S., Malone, K. M., Weissman, M. M., & 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.
- Pollack, W. (1998). Mourning, melancholia, and masculinity: recognizing and treating depression in men. In W. Pollack & R. Levant (Eds.), *The New Psychotherapy for Men* (pp. 147–166). Wiley.
- Perczel Forintos, D. & Kiss, Zs. (2004). A pszichózis mint trauma [előadás], *Magyar Pszichológiai Társaság Biennális Nagygyűlése, Debrecen*
- Rice, S. M. (2011). *Depression in men: Development of the male depression risk scale* [Thesis]. <https://doi.org/10.4226/66/5a96219dc6874>
- Rice, S. M., Fallon, B. J., Aucote, H. M., & Möller-Leimkühler, A. M. (2013). Development and preliminary validation of the male depression risk scale: furthering the assessment of depression in men. *Journal of Affective Disorders*, 151(3), 950–958.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.08.013>
- Rice, S. M., Ogrodniczuk, J. S., Kealy, D., Seidler, Z. E., Dhillon, H. M., & 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 (Abingdon, England)*, 28(2), 132–140.
<https://doi.org/10.1080/09638237.2017.1417565>

- Rice S. M., Oliffe, J. L., Kealy, D. Seidler, Z. E. & Ogrodniczuk, J. S. (2020). Men's Help-Seeking for Depression: Attitudinal and Structural Barriers in Symptomatic Men. *Journal of Primary Care & Community Health*. 11. 1–6. doi: 10.1177/2150132720921686
- Rihmer, Z., Rutz, W., & 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. [https://doi.org/10.1016/0165-0327\(95\)00055-0](https://doi.org/10.1016/0165-0327(95)00055-0)
- Rihmer Z., & Rutz, W. (2000). *Depresszió és Öngyilkosság férfiaknál*. Springer Orvosi Kiadó.
- Roemer, L., Lee, J. K., Salters-Pedneault, K., Erisman, S. M., Orsillo, S. M., & Mennin, D. S. (2009). Mindfulness and emotion regulation difficulties in generalized anxiety disorder: preliminary evidence for independent and overlapping contributions. *Behavior Therapy*, 40(2), 142–154. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2008.04.001>
- Rutz, W., Wålinder, J., Von Knorring, L., Rihmer, Z., & Pihlgren, H. (1997). Prevention of depression and suicide by education and medication: impact on male suicidality. An update from the Gotland study. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 1(1), 39–46. <https://doi.org/10.3109/13651509709069204>
- Salovey, P., Brackett, M. A., & Mayer, J. D. (Eds.). (2004). *Emotional intelligence: Key readings on the Mayer and Salovey model*. Dude Publishing.
- Seidler, Z. E., Dawes A. J., Rice, S. M., Oliffe J. L., & Dhillon H. M. (2016). The role of masculinity in men's help-seeking for depression: A systematic review. *Clinical Psychology Review* 49, 106–118. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2016.09.002>
- Staiger, T., Stiawa, M., Mueller-Stierlin, A. S., Kilian, R., Beschoner, P., Gündel, H., Becker, T., Frasch, K., Panzirsch, M., Schmauß, M., & Krumm, S. (2020). Masculinity and Help-

- Seeking Among Men With Depression: A Qualitative Study. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 599039. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.599039>
- Szanto, K., Kalmar, S., Hendin, H., Rihmer, Z., & Mann, J. J. (2007). A suicide prevention program in a region with a very high suicide rate. *Archives of General Psychiatry*, 64(8), 914–920. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.64.8.914>
- Thompson, R. A. (1994). Emotion regulation: A theme in search of definition. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59(2-3), 25–52, 250–283. <https://doi.org/10.2307/1166137>
- Tuliao, A.P., & Velasquez, P.A. (2014). Revisiting the General Help Seeking Questionnaire: Adaptation, Exploratory Factor Analysis, and Further Validation in a Filipino College Student Sample. *Philippine Journal of Psychology*, 47, 1-1.
- World Health Organization. (2017). *Depression and other common mental disorders: global health estimates*. World Health Organization
- World Health Organization (WHO) (2021). Suicide. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>