

DEBRECENI EGYETEM
BÖLCSESZETTUDOMÁNYI KAR
PSZICHOLÓGIA INTÉZET

Válaszadási (szimulációs és disszimulációs) tendenciák vizsgálata a depressziós tünetegyüttes mérésében

Témavezetők: Dr. Almássy Zsuzsanna, Dr. Kondé Zoltán

Hermanovszky Laura
Pszichológia BA

Debrecen

2022

Tartalom

Bevezetés	3
Témafelvetés	4
Szakirodalmi áttekintés	5
Az öngyilkosság rizikófaktorai	5
Elsődleges rizikófaktorok	6
Másod- és harmadlagos rizikófaktorok	6
A depresszió, nemek és az öngyilkosság kapcsolata	6
Férfi depressziós tünetek	7
Segítségkérő viselkedés	8
Választorzítás az önbeszámoló alapú mérések során.....	9
Szimuláció	10
Disszimuláció	10
Kérdésfelvetés	11
A kutatás bemutatása.....	11
Minta és mintavétel	11
Minta általános jellemzői.....	12
Demográfiai adatok.....	12
Vizsgálati módszerek.....	12
Vizsgálat menete.....	12
Beck Depresszió Kérdőív (BDI).....	13
Férfi depresszió veszélyeztetettség skála	14
Beck Reménytelenség Skála.....	14
Demográfiai és mentális egészségre vonatkozó kérdések	15
Rövidített Implicit Asszociációs Teszt (BIAT)	15
BIAT felépítés	17
Teljesítmény-kiértékelés.....	17
Választorzítás, megnyúlt reakcióidő vizsgálata.....	18
Eredmények	18
Mérőeszközök megbízhatósága	19
Skálák eloszlása	19
Első elemzési lépés bemutatása:	19
A minta jellemzői depressziós tünetek és reménytelenség szempontjából az első vizsgálati feltétel és a disszimulációs feltétel mellett	19
Nemi különbségek	20

A nemek torzítási hajlandósága tünetszámok alapján.....	20
A torzítás mértéke a két nemnél.....	20
Torzítás és a depressziós tünetek összefüggései, megnyúlt reakcióidő	21
Az olvasási sebesség az alap és torzított feltételben (itemek elemzése).....	21
Második elemzési lépés bemutatása	22
A BIAT D értéke és a depresszió szint összefüggései	22
Inkonzisztenciák a kérdőív kitöltések és a BIAT eredmények között	22
Depresszió BIAT kategóriák és BDI elemzése, olvasási idő különbségei	24
Depresszió BIAT kategóriák és MDRS elemzése	24
Depresszió BIAT kategóriák és Reménytelenség elemzése	24
Öngyilkosság BIAT és Rénytelenség vizsgálata	25
Öngyilkosság BIAT és Reménytelenség skála	25
Öngyilkosság BIAT és MDRS elemzés.....	25
Öngyilkosság BIAT és BDI elemzése	26
Megbeszélés	26
Összegzés.....	29
Irodalom.....	31

Bevezetés

Világszerte évente több, mint 700 ezer a befejezett öngyilkosságok száma az Egészségügyi Világszervezet (WHO, 2021) adatai alapján. Az Európai Unió tagállamok közül Magyarország ebben évtizedek óta élen jár, napjainkban a 3. helyet tölti be a listán (100 ezer / 17,5 fő) (KSH, 2020). E számok mérséklése elengedhetetlen.

Természetesen a téma nem újkeletű, így korábbi vizsgálatokból tudhatjuk, hogy az öngyilkosság több rizikótényező függvénye. Ezek közül leginkább a pszichiátriai zavarok, azon belül is a kezeletlen major depresszió jelenti a legnagyobb veszélyt (Rihmer, 1996). A Gotland tanulmány alapján (amelyről később részletesebben szó lesz) azokban a háziiorvosi praxisokban, ahol az orvosok intenzív továbbképzést kaptak az affektív zavarok felismeréséről és kezelési lehetőségeiről, nagymértékben csökkent az öngyilkosságok gyakorisága. Tehát valóban a depresszió megfelelő felismerése és kezelése a kulcs. Azonban ez a csökkenés egyedül a nők esetében bizonyult jelentősnek, férfiaknál szinte változatlanul maradt az öngyilkosságok száma (Rutz et al., 1997; Rihmer & Rutz, 2000; Rihmer et al., 1995). A tanulmány ezzel felhívta a figyelmet a depresszió megjelenésének nemek közötti különbségeire.

A felismerés nehézsége tehát nem csak a diagnosztikai kritériumoknak megfelelő tünetek, hanem a férfi-depressziós panaszok észrevételében is rejlik (Pollack, 1998). A férfiakra sokkal inkább az externalizáló tünetek jellemzőek, mint amilyen az agresszió, impulzivitás, alkoholizmus (Cochran & Rabinowitz, 2000; Pollack, 1998). Ennek okai a nemi szerep szocializációnak köszönhetőek, olyan társadalmi normáknak, amelyek szerint az „igazi” férfi harcol, és inkább agresszív, valamint, ha vannak is fájdalmai, negatív érzelmei, azokról nem beszél (Cochran & Rabinowitz, 2000). Ezért a (főleg) lelki tünetek megélését a férfiak szégyennek érezhetik, és inkább elpalástolják a problémájukat (Galasinski, 2008). Ezek után nem meglepő, hogy hajlamosak a nehézségeik tagadására, bagatellizálására, illetve kevesebb tünetről számolnak be, mint a nők (Addis & Mahalik, 2003).

A nemek között megjelenő tüneti különbségek mellett a segítségkérő viselkedés sem egyezik meg a férfiak és a nők között. Köztudott, hogy a nők hajlandóbbak segítséget kérni fizikai és lelki panaszok esetében egyaránt (Addis & Mahalik 2003).

Témafelvétel

A vizsgálat egy hosszabb távú célkitűzés elővizsgálata. A jelen kutatásban normál populáción végzünk felmérést, míg a Mental Health Research Group (melyben, mint hallgató tag veszek részt) hosszabb távon klinikai mintán is tervezi az adatfelvételt.

A férfi depressziós tünetek, a problémák maszkolása, elfedése nem csak a férfiakat érinti, hanem a nőknél is megfigyelhető a nemi szerep szocializáció, vagyis a hagyományos nemi szerep elvárások változása által, tehát bármelyik nemnél előfordulhatnak (Möller-Leimkühler & Yücel, 2010). Ehhez köthető a dolgozat központi eleme a disszimuláció, vagyis a tünetek pozitív irányú torzítása (Goerigk et al., 2018; van Hooft & Born, 2011). Ennek során egy depressziót mérő kérdőív kitöltésekor a beteg az egészséges személyekre jellemző válaszokat adja, amely lehetőséget ad a depresszió alul-diagnosztizálására. A probléma kiküszöbölésére a válaszadás során mért reakcióidő lehet a megoldás, amelyből a válaszok torzítására, valós nehézségek elfedésére következtethetünk (DePaulo et al., 2003; Holtgraves, 2004; McDaniell & Timm, 1990; Zuckerman et al., 1981).

A vizsgálat célja a disszimulációs válaszadási tendenciák jellegzetességeinek feltárása, tudatosan befolyásolt és nem tudatosan befolyásolt válaszadások szintjén, a depressziót és az öngyilkossági készletést feltáró eszközöket vizsgálva. Az önjellemzésen alapuló eljárások esetében a válaszok szándékos torzítása, ezáltal a kapott információk hasznosíthatósága egy alapvető probléma. A depressziós betegek ugyanúgy, mint az egészséges kontrollok, rendelkeznek azzal a kognitív kapacitással és motivációval, hogy szándékosan befolyásolni tudják az eredményeket az általánosan használt szűrőeszközök esetében (Goerigk et al., 2018).

Jelen kutatásban az egészséges kontroll személyek válaszadási jellemzői (mind a „Valós feltétel”, mind a „Disszimulációs feltétel” esetén) a depressziós tüneteket és a reménytelenséget mérő skálákon elért pontok alapján, az implicit asszociációk szintjén mérhető jellemzőikkel kerülnek összevetésre. A vizsgálat második részében felkértük a vizsgálati személyeket, hogy próbálkozzanak a válaszaik torzításával úgy, hogy az ne legyen felismerhető a “kérdőív szakértők” számára, viszont a saját céljaikat sikerüljön elérni segítségükkel. Ebből következtethetünk a személy disszimuláló „hajlamára”, amely várhatóan megnövekedett reakcióidővel jár (DePaulo et al., 2003; Holtgraves, 2004; McDaniell & Timm, 1990; Zuckerman et al., 1981). A teljes adatfelvétel az Inquisit programmal történt, így volt lehetőség a válaszadás idejét mérni (egy itemre adott válaszadás -válaszreakció- ideje).

A disszimuláció értelmezésére felhasznált mutatók: reakcióidő (a válasz megjelölésének ideje) és az ebben való eltérések, pl.: megnyúlt reakcióidő; válasz kihagyása; válasz változtatás.

Az elemzés során a depressziós tüneteket és a reménytelenséget (öngyilkossági veszélyeztetettséget) mérő skálák pontszámai és a disszimuláció mutatói kerülnek összevetésre.

A vizsgálat utolsó részében arra a kérdésre kerestük a választ, hogy esetlegesen már a nem tudatosan befolyásolt válaszok szintjén is jelentkeznek-e a depresszió és az öngyilkossági gondolatok egészséges (diagnózissal nem rendelkező) vizsgálati személyek esetében, és ez milyen összefüggésben áll a kitöltött kérdőívekben megmutatkozó eredményekkel (depresszió, reménytelenség mutatók, és a kérdőív kitöltésének módját jellemző mutatók). Kérdés, hogy a feladathelyzetben (Rövidített Implicit Asszociációs Teszt -BIAT) kapott adatok, milyen összefüggésben állnak a kérdőíves eszközök eredményeivel, és bejósolják-e a kérdőíven megmutatkozó eredményeket.

Hosszútávú cél egy olyan depresszió szűrő eljárás kifejlesztése, amely a torzításokat is képes kezelni. Ez megoldható lenne esetleg tableten, számítógépen történő szűrő kérdőív kitöltésével (akár már a háziorvosi rendelőkben), amely során a válaszadások ideje is rögzített. Egy bizonyos válaszadási időn túl érdemes lehet elgondolkozni a depresszió lehetőségén akkor is, ha az elért pontok alapján ez nem jelentene veszélyt.

Szakirodalmi áttekintés

Öngyilkosságról akkor beszélünk, amikor egy személy szándékosan vet véget a saját életének. Amennyiben a szándék ugyanígy jelen van, de a próbálkozás sikertelen, öngyilkossági kísérletről van szó. Ezek a kizárólag emberi jelenségek minden korban és kultúrában előfordulnak, eltérő gyakorisággal (Buda, 2001).

A szuicidum világszerte százezrek életét követeli, amely alól Magyarország lakossága sem kivétel. A számok nem elhanyagolhatóak, sőt hazánkban kiemelkedően magasak, így ehhez mértén kitüntetett figyelmet érdemelnek (KSH, 2020; WHO, 2021).

Az öngyilkosság rizikófaktorai

Az öngyilkosság elkövetésének esélyét több tényező is növelheti. Rihmer és munkatársai (2002) alapján beszélhetünk elsődleges, másodlagos, illetve harmadlagos rizikótényezőkről aszerint, hogy azok mennyire erős prediktorok a szuicidumra nézve. A hierarchia csúcsán a pszichiátriai zavarok találhatók, élen a major depresszióval, amelyek a leginkább alkalmas előjelzői az öngyilkos magatartásnak. A következő fokon a pszichoszociális, alatta pedig a demográfiai tényezők állnak. Utóbbi kettő inkább az első kiegészítéseként, mintsem egyedüli „kiváltó okként” értelmezhetőek (Rihmer, 1996; Rihmer et al., 2002).

Elsődleges rizikófaktorok

A legfontosabb rizikófaktorokat a pszichiátriai zavarok adják, amelyek az esetek 90%-ában megfigyelhetők az öngyilkosságot elkövetők körében. Ezen belül a major depressziós epizód (bipoláris és unipoláris együttvéve) 59-87%-ban, a szerhasználati zavarok (legfőbbképpen alkoholizmus) és a skizofrénia körülbelül 10%-ban vannak jelen. Komorbid kórképként szorongásos, vagy személyiségzavarok, illetve egészségügyi problémák is erősíthetik a kockázatot, önmagukban viszont nagyon ritkán „elegendőek” az öngyilkosság elkövetéséhez (Cheng et al., 2000; Hawton & Heeringen, 2000; Rihmer, 1996; Wasserman et al., 2000, idézi Rihmer et al., 2002).

A már említett zavarok mellett szintén primer kockázati tényező a korábbi vagy jelenlegi pszichiátriai kezelésben való részvétel (Qin & Nordentoft, 2005), és az öngyilkosság családszintű megjelenése. A már elkövetett öngyilkossági kísérlet is növeli a kockázatot, valamint az öngyilkossági gondolatok és azok verbalizálása sem csupán „fenyegetőzés” (Quin et al., 2003).

A legnagyobb veszélyt mind közül a major depresszió jelenti a szuicidum szempontjából, így ezzel a legsürgetőbb foglalkozni. Hatását a másod- és harmadlagos rizikófaktorok tovább erősítik (Rihmer, 1996).

Másod- és harmadlagos rizikófaktorok

A másod- és harmadlagos rizikófaktorokhoz a kedvezőtlen pszichoszociális és demográfiai jellemzők tartoznak (Rihmer, 1996). Ide sorolhatóak a kedvezőtlen életesemények, az izoláció, különösen a válás és a megözvegyülés (Kposowa, 2000; Rihmer, 2007; Rihmer, 1996). Mindemellett a munkanélküliség, alacsony jövedelem, alacsony iskolázottság (Elo et al., 2009), és a maladaptív coping stratégiák (dohányzás, fokozott ivás nehéz helyzetekben) (Kopp, 2008) is „kiegészítik” a problémát.

A férfiak (Hawton, 2000) és az idősebbek között (Stack, 2000), valamint a kora nyári időszakban szintén gyakoribb az öngyilkosság (Zonda et al., 2005).

A depresszió, nemek és az öngyilkosság kapcsolata

A depressziós (unipoláris vagy bipoláris) betegek öngyilkossági kockázata 15-20-szor magasabb, mint az átlagpopulációban tapasztalt (Rihmer & Kalmár, 2012). Úgy tűnik, hogy bár kétszer annyi nő szenved unipoláris major depressziótól, mégis négyszer annyi férfi követ el

öngyilkosságot, amit a nők gyakoribb öngyilkossági kísérletei csak tovább bonyolítanak. Ezt az ún. szuicid paradoxont már Rihmer és munkatársai 1995-ben megfogalmazták.

A szuicid paradoxonhoz kötődik a Gotland tanulmány, amely egy szuicid prevenciós és intervenciós programról szól. Ennek során az orvosokat affektív zavarok diagnosztikájáról, terápiás lehetőségeiről képezték tovább. A programban részt vett háziorvosok praxisában számottevő csökkenést figyeltek meg az öngyilkosság előfordulási gyakoriságában, viszont meglepő módon ez csak a nők esetében volt jelentős, a férfiaknál szinte nem is változtak a számok. (Rihmer et al., 1995; Rihmer & Rutz, 2000; Rutz et al., 1997). Ez a tanulmány felhívta a figyelmet a depresszió megjelenésének nemek közötti különbségeire.

A feleannyi depresszióval diagnosztizált férfi nem jelenti azt, hogy valóban „kevésbé fogékonyak” a hangulatzavarokra, sokkal inkább arról van szó, hogy gyakran másfajta tüneteket produkálnak, mint amik a diagnosztikai rendszerekben leírtak (Cochran & Rabinowitz, 2000). Emellett mind fizikai mind lelki problémák esetén kevésbé hajlandóak szakértői segítségért fordulni (Rickwood & Thomas, 2012). E tényezők a fel nem ismert depresszió nagy részére magyarázatul szolgálhatnak, így a nagyobb arányú öngyilkosságokra is.

A szuicid paradoxonban tapasztalt férfi-női depresszió arányok eltűntek, ha a diagnosztikai szempontok közé az externalizáló (férfi depressziós) tüneteket is bevették. Ezekről lentebb szó lesz. Ekkor nagyjából egyenlő számban diagnosztizálták a két nemet (Martin et al., 2013). Ez alapján úgy tűnik, nem tekinthetjük a férfiakat hajlamosabbnak az öngyilkosságra, sokkal inkább a diagnosztika hiányosságai miatt kerülnek nagyobb veszélybe a probléma fel nem ismerése és a megfelelő segítségnyújtás hiánya miatt.

Férfi depressziós tünetek

A férfiak ritkábban élik meg a depressziót a hagyományos tünetek mentén, inkább az externalizáló tünetek, a maszkolás jellemző esetükben (Cochran & Rabinowitz, 2000). Ezekre fontos lenne nagyobb hangsúlyt fektetni, amit már Rihmer és Rutz (2000) is leírtak, hiszen ilyen esetekben nehezebb a felismerés, ami lehetővé teszi a férfiak magasabb öngyilkossági arányát.

A depresszió férfi-depressziós tünetek (externalizálás, maszkolás) mentén történő megéléséért a nemiszerep szocializáció vonható felelősségre. Ezt a társadalomban meglévő nemekre vonatkozó normák alakítják, amelyek keretet szabnak a férfias és nőies viselkedés, érzések és gondolkodás lehetőségeinek (Cialdini & Trost, 1999). E normák szerint az „igazi” férfi harcol, kemény, független és inkább agresszív, valamint, ha vannak is fájdalmai, negatív érzelmei, azokról nem beszél (Cochran & Rabinowitz, 2000; Kågesten et al., 2016 idézi Amin

et al., 2018). Mindezek miatt a (főleg) lelki tünetek megélését a férfiak szégyennek érezhetik, így inkább elpalástolják a problémájukat (Galasinski, 2008). Ezek után nem meglepő, hogy hajlamosak a nehézségeik tagadására, bagatellizálására, illetve kevesebb tünetről számolnak be, mint a nők (Addis & Mahalik, 2003).

Bár ebből úgy tűnhet, hogy a maszkulin (férfias) normáknak való megfelelésnek csak negatív hatása van a mentális egészségre nézve, valójában bizonyos normák követése (motivációval, munkával kapcsolatban) inkább védelemként szolgál (Iwamoto et al, 2018).

A tünetek maszkolt, externalizált jelentkezése, vagyis a valós lelki probléma helyett másféle megmutatkozása nagyon gyakran az alkoholizmus, de egyéb önpusztító viselkedés is jellemző lehet, mint a droghasználat, vagy kockázatkereső magatartás (Cochran & Rabinowitz, 2000). Emellett irritabilitás, harag és düh is jelentkezhetnek (Rihmer & Rutz, 2000). Pollack (1998) szerint a nem tradicionális, maszkoló tünetek között a túlzott munkahelyi aktivitás (vagy bármilyen túlzásba vitt tevékenység), a segítség elutasítása, fájdalmak és lehangoltság tagadása, az erős önkritika, toleranciaszint csökkenése, impulzivitás és az antiszociális megnyilvánulások is fontos mutatók.

Lényeges kiemelni, hogy a férfi depressziós tünetek nőknél is megfigyelhetők, amik a hagyományos nemi szerep elvárások átalakulásaként értelmezhetők (Möller-Leimkühler & Yücel, 2010). Möller-Leimkühler és Yücel (2010) vizsgálatukban ráadásul arra jutottak, hogy több nőre jellemzőek a férfi depressziós tünetek, mint magukra a férfiakra.

Segítségkérő viselkedés

Köztudott, hogy a nemek között különbség van a segítségkérés terén is, legyen szó fizikai, vagy lelki problémákról. A férfiak ebben alul maradnak, a segítségkérést mint kontrollvesztett állapotot élik meg (Addis & Mahalik, 2003; Mansfield et al., 2003), különösen mentális problémák esetén, vagy ha segítségért is fordulnak, nem biztos, hogy a panaszai a valós probléma gyökerére irányítják a szakemberek figyelmét (Cochran & Rabinowitz, 2000; Rickwood & Thomas, 2012). Rice és munkatársai (2020) kutatásuk alapján szintén az alacsony szintű segítségkérésre találtak adatokat. A (kizárólag férfi) vizsgálati személyek csupán 8,5 %-a vett igénybe egészségügyi szolgáltatást, ami azért nagyon kevés, mert 63 %-uk számolt be önsértéssel vagy öngyilkossággal kapcsolatos gondolatokról az elmúlt két hétre vonatkozóan. Mindemellett a segítőkkel való együttműködés szintje is alacsonyabb a férfiaknál (Kennedy, 2001).

Egy svájci kutatás alapján a professzionális segítséget kérők háromnegyede nő volt, és ugyanekkora volt az öngyilkosságban elhunytak között a férfiak aránya. A szerzők úgy

fogalmazták, hogy a nők segítséget kérnek, a férfiak meghalnak („Women seek help-men die.”) (Angst & Ernst, 1990, idézi: Möller-Leimkühler, 2002). A segítségkérésben megjelenő nemi különbségekre nem az a magyarázat, hogy azok a férfiak, akik nem kérnek segítséget, egészségesebbek, mint a segítséget kérő nők. Möller-Leimkühler (2002) alapján, a professzionális segítséget nem kérő nők egészségesebbek a többi nemükhöz tartozóhoz képest, ez viszont nem igaz a férfiak esetében.

Call és Shafer (2018) azt találták, hogy a hagyományos depressziós tünetek növelték a férfiak depresszióra irányuló segítségkérésének esélyét, a férfiakra jellemzők viszont nem. A férfi depressziós tünetekkel jellemezhető férfiak nagyobb eséllyel egészségügyi szolgáltatóhoz fordultak depresszió esetén. Ez alapján fontos a depresszió felmérése, olyankor is, amikor elvileg az nem jelent problémát. Arra is rámutattak, hogy a hagyományos és férfi-depressziós tüneteket egyaránt megélők kérnek legkevésbé depresszióra irányuló segítséget.

A segítségkérő viselkedést a hagyományos depressziós tünetek mellett a korábbi pozitív tapasztalatok, sikeres kezelések is növelik. Minél régebb óta áll fenn az adott probléma, úgy nő a segítségkérés esélye is, valamint ehhez járul hozzá a hozzátartozók által nyújtott támogatás és a magasabb iskolai végzettség is. Sokszor viszont az emberek úgy érzik, képesek problémáik megoldására, amit a megőlyegzéstől való félelem csak tovább erősít (Gulliver et al., 2010; Rickwood et al., 2005).

Mindezek mellett előfordulhat, hogy a segítségkérés elmaradása a férfiak körében a nem megfelelő szolgáltatás miatt történik. Sok férfi számol be arról, hogy terápia során érzékeli a nemi-szerep sztereotípiák működését a terapeuta részéről, ami egyértelműen befolyásolja a kezelés kimenetelét. Fontos, hogy a szakemberek felismerjék ezeket a személyes sztereotípiákat, illetve ismerjék a nemi szerep szocializáció folyamatát (a férfiak fejlődése és a problémák megjelenése miatt), ezzel hatékonyá téve a segítségnyújtást (Mahalik et al., 2012).

Választorzítás az önbeszámoló alapú mérések során

Köztudott, hogy az emberek képesek válaszaik torzítására (faking) az önbeszámoló alapú, nem kognitív mérések során, amennyiben arra utasítást kapnak (Viswesvaran & Ones, 1999). Kutatásunk során az egyik feltételben mi is választorzításra ösztönözzük a résztvevőket.

Összességében a „faking” a viselkedés sajátos megnyilvánulásának, nem pedig személyiségvonásnak tekinthető. Célorientált és motivációt igénylő viselkedés, amelyet a személy jellemző tulajdonságai és az aktuális szituáció kölcsönhatása alakítanak (Goerigk et al., 2018). Természetesen külön utasítás nélkül is jelentkezhethet a válaszok elferdítése, mind pozitív, mind negatív irányba.

Fontos, hogy nem csupán az egészséges, de a depressziós személyek is rendelkeznek azzal a kognitív kapacitással és motivációval, hogy szándékosan befolyásolni tudják az eredményeket az általánosan használt szűrőeszközök esetében (Goerigk et al., 2018). Ez eredményezheti a depressziós tünetek „megjátszását”, felnagyítását, vagy épp ellenkezőleg, azok lekicsinyítését, elrejtését.

Szimuláció

A depresszió alul-diagnosztizálása mellett hibásan adott diagnózisról is szó lehet. Ez a „faking bad”: az emberek képesek személyes jellemzőik „megváltoztatása” mellett pszichológiai tünetek szimulálására is, amelyek valójában nem léteznek, vagy jóval felnagyítják a meglévőket. Ehhez is motiváció és cél szükséges. Ha például pszichés vagy fizikai sérülés miatti kártérítési igényekre gondolunk, a nagyobb anyagi javakhoz való hozzájutás motiváló erő lehet, hiszen az egészségügyi probléma felnagyításával nagyobb előny szerezhető (Boon et al., 2008).

Disszimuláció

Disszimuláció („faking good”) során a tünetek pozitív torzításáról van szó, vagyis a beteg az egészséges személyekre jellemző válaszokat produkálja. Több kutatás is vizsgálta az álláskereső önbeszámoló alapú mérések során tapasztalt torzítását, köztük Griffith és munkatársai (2007) is. Álláskereső személyiségtesztjeit vetette össze későbbi, munkába állás után kitöltött személyiségtesztjeikkel. A jelentkezéskor benyújtott kérdőívek a dolgozók jelentős részénél torzítottak voltak, a saját érdekeik elérését (sikeres felvétel) segítették elő.

Goerigk és munkatársai (2018) vizsgálata során sikeresen előidézte a disszimulációt mind egészséges mind depressziós személyek esetében, ezzel rámutatva, hogy a depressziós személyek is rendelkeznek azzal a kognitív kapacitással és motivációval, hogy szándékosan befolyásolni tudják az eredményeket az általánosan használt szűrőeszközök esetében, tehát foglalkoznunk kell a „pozitív torzítás” lehetőségével.

Korábbi kutatások alapján az várható, hogy a választorzítás megnövekedett reakcióidővel jár, amit egy egyszerű kérdőív kitöltése során nem tudunk mérni (DePaulo et al., 2003; Holtgraves, 2004; McDaniell & Timm, 1990; Zuckerman et al., 1981). Munkánkban a depresszió szűrésére alkalmas kérdőívek kitöltése során is reakcióidő mérés történik, így azt várjuk, hogy a két feltételben kitöltött szűrő kérdőívek itemjeinek megválaszolása között időbeli különbség lesz a disszimulálók között.

Zuckerman és munkatársai (1981) hazugsággal és megtévesztéssel foglalkozó kutatásukban a hazugságot az igazmondáshoz viszonyítva komplexebb kognitív feladatnak írják le. Későbbi eredmények is arra jutottak, hogy a hazugság megnövekedett válaszütemmel jár (DePaulo et al., 2003; Holtgraves, 2004; McDaniell & Timm, 1990; Zuckerman et al., 1981). Van Hooft és Born (2012) válaszadás közbeni szemmozgást mérő vizsgálatukban ezekkel szemben rövidebb reakcióidőt mértek a „faking” esetén, viszont „faking good” során ők is hosszabb reakcióidőket találtak.

Kérdésfelvetés

A kutatási terület igencsak gyerekcipőben jár, ezért két hipotézist fogalmaztunk meg, és elsősorban a jelenség leíró jellegű megközelítésére vállalkoztunk normál mintán gyűjtött adatok részletekbe menő elemzésével.

Alapvető célunk, hogy válaszadási tendenciákat vizsgáljunk a depresszió és öngyilkossági szándékot mérő kérdőívek esetében, és ezeket a válaszokat (az itemre adott reakcióidő mérésével) összevessük a tudatosan nem befolyásolható, önkéntelen válaszadás szintjén megadott válaszokkal (implicit asszociációk vizsgálatával).

1. hipotézis: Feltételezésünk szerint az első feltételhez képest a disszimuláló tendenciák megléte esetében (vagyis, ha a személyeket a válaszok tudatos torzítására kérjük) a disszimulációs feltételben, megnyúlik a kérdőív itemeire adott reakcióidő.

2. hipotézis: Feltételezzük, hogy az öngyilkossági gondolatokat detektáló, Élet/Halál BIAT és a depressziót detektáló Boldog/Szomorú BIAT során adott válaszok korrelálnak a két feltételben kitöltött depresszió szűrő kérdőívek válaszadási jellemzőivel. A disszimuláció esetében megnyúlt reakcióidőt várunk, és azt, hogy kisebb mértékű lesz a korreláció, mint az első feltételben.

A kutatás bemutatása

A Pszichológia Intézet Kutatásetikai Bizottsága engedélyezte a kutatásom kivitelezését. Az etikai engedélyem száma: UID-IP-2022/34.

Minta és mintavétel

A kutatás célcsoportja a 18 éven felüli férfiak és nők voltak. Mivel az öngyilkosság, illetve az öngyilkossági kísérlet nem csupán egy adott korosztályra jellemző probléma, a minta leszűkítése nem volt cél.

A vizsgálatot a Kutatásetikai bizottság engedélye után szóban, illetve írásban, közösségi média felületen elérhetőségi mintavétellel végeztem.

Június 27-én elővizsgálattal kezdtük az adatfelvételt, ezzel megbizonyosodtunk az használt program (Inquisit), a tervezett vizsgálat működéséről. Ebben 7 ember vett részt a Pszichológia Intézet egyik számítógépes termében. Ezután az adatgyűjtés 2022. szeptember és október között folytatódott. A kitöltők számára a vizsgálat ekkor már bármikor és bármilyen számítógépről elérhető volt, nem volt szükséges az Intézetben jelen lenni.

Minta általános jellemzői

Demográfiai adatok

A minta nagysága eredetileg 124 fő volt. Az utolsó feladatrészben (BIAT) pontos adatok nyerése miatt legalább 75%-os pontossági (helyes válaszadás) határt szabtuk meg, amivel 113-ra csökkent az értékelhető adatok száma.

30 (26,5%) férfi és 82 (71,5%) nő vett részt a vizsgálatban, egy személy nem kívánta megjelölni a nemét. Az átlagéletkor $M=30,36$ év, szórás $SD=13,34$. Legmagasabb iskolai végzettségként általános iskolát 0,9%, szakmunkásképzőt 3,5% jelölt, érettségivel 59,3%, főiskolai diplomával 17,7%, egyetemi diplomával 18,6% rendelkezik.

A családi állapotát tekintve a kitöltők 34,5% egyedülálló, 15,9% párkapcsolatban él a párjával együtt, 19,5% párkapcsolatban él, de nem a párjával, 27,4% házas, 2,7% pedig elvált.

Vizsgálati módszerek

A vizsgálat online térben, számítógépes adatfelvétellel történt az Inquisit Web edition program 6.0-s verziójának segítségével, amely lehetővé tette a reakcióidő mérését is. A kitöltés viszonylag sok időt, átlagosan összesen 40 percet vett igénybe, amely az adatgyűjtést is megnehezítette.

Vizsgálat menete

A vizsgálat összesen 4 részből állt, végig az Inquisit program segítségével. A résztvevő személyek két feltétel mellett töltötték ki a szűrő kérdőíveket (Beck Depresszió Kérdőív (BDI) (1. Melléklet), Férfi Depresszió Veszélyeztetettség Skála (MDRS-22-H) (2. Melléklet), Beck Reménytelenség Kérdőív (3. Melléklet). A vizsgálat első részében a „Valós feltétel” során, külön instrukció nélkül, önmagukra vonatkoztatva adtak választ, míg a következő részben, a „Disszimulációs feltétel” alatt, szintén önmagukra vonatkozóan, de egy megadott szituációba

beleképzelve magukat történt a válaszadás (6. *Melléklet*). Utóbbi esetben a megadott instrukció (6. *melléklet*) a kitöltő hozzáállásának megváltoztatását célozta meg.

Ezután mentális egészség lekérdezését szolgáló kérdések (5. *Melléklet*), majd demográfiai kérdések megválaszolása következett (4. *Melléklet*). A korra közvetlenül az az IAT (záró rész) második feltétele (disszimulációs feltétel) előtt kérdeztünk rá. Az utolsó részben Rövidített Implicit Asszociációs Teszt következett (BIAT), amely során a személyek szortírozási feladatot végeztek a billentyűzet használatával („e” és „i” billentyűk) (8. *Melléklet*). Itt a legjobb tudásuk szerinti feladatteljesítésre kértük őket.

A kérdőívek itemeinek olvasása alapvetően nem egyforma időt vesz igénybe, így az egyén átlagos olvasási sebességét mértük. Ennek mértékegysége a szótag volt, vagyis, hogy egy szótag elolvasásához mennyi időre volt szüksége az egyénnek.

Az olvasási sebesség méréséhez skálákhoz alakított állításokat kellett elolvasni és megválaszolni (depressziótól független állítások). A Beck Depresszió Skálához alakított mondatok esetén (kétszer) négy állításból kellett a leginkább rá jellemzőt kiválasztania a kitöltőnek, Férfi Depresszió Kockázatbecslő Skála esetében négy mondatról kellett eldönteni 7 fokú skála segítségével, mennyire vonatkozik rá az adott kijelentés, a Beck Reménység Skálánál pedig igaz/ hamis állításokat olvashattak. Ezekből az idő adatokból számoltuk ki az egy szótag olvasására jutó időt (7. *Melléklet*).

Beck Depresszió Kérdőív (BDI)

Beck és munkatársai által (1961) megalkotott kérdőív, amely képes meghatározni a depresszió súlyosságát a klinikai gyakorlat tapasztalatai alapján. Magyar mintán a pszichometriai elemzése nagyon jó validitás- és reliabilitásértékekkel bír (Kopp, 2007). Emellett a hangulatváltozás is kiválóan követhető vele, viszont önmagában nem megfelelő a depresszió diagnosztizálására (Ágoston & Szili, 2001; Beck et al., 1961).

A kérdőív 21x4 állítást tartalmaz. A 21 depressziós tünet-attitűd elemhez mindenhol 4 féle válaszlehetőség tartozik, különböző súlyossági fokkal. A 21 elem a következő: szomorúság, pesszimizmus, kudarcok, értéktelenség, önbüntetés, önutálat, önhibáztatás, öngyilkosság, sírás, testkép, elégedetlenség, ingerlékenység, visszahúzódás, döntésképtelenség, munkaképtelenség, fáradtság, hipochondria, álmatlanság, étvágytalanság, súlycsökkenés. Ezek 3 faktorba rendezhetőek: negatív attitűdök, teljesítmény zavar és szomatikus tünetek (Rózsa et al., 2001). A kérdőív az elmúlt két hét eseményeire vonatkozik, így a vizsgálati személy a 4-4 állítás közül mindenhol ennek fényében választja ki a rá leginkább jellemzőt (Beck et al., 1961).

Férfi depresszió veszélyeztetettség skála

(magyar adaptálása és validálása folyamatban. EPKEB engedélyszám:2021-59)

A kérdőív célja a férfi depressziós, externalizáló tünetek kimutatása, amelyre 6 faktor áll rendelkezésre a mérőeszközben: érzelmek elnyomása, drog használat, alkohol fogyasztás, düh és agresszió, szomatikus tünetek, kockázatvállalás. 22 állítás olvasható a kérdőívben, amelyekről aszerint kell döntenie a kitöltőnek, hogy mennyire volt igaz rá az elmúlt egy hónap során. A válaszadás egy 8-fokú Likert-skálán történik, amelyen 0: Egyáltalán nem (0 nap), 1: alkalmanként (1-4 nap), 2: A hónap negyedében (25%) (5-8 nap), 3: A hónap kevesebb mint felében (9-12 nap), 4: A hónap több mint felében (13-16 nap), 5: A hónap háromnegyedében (75%) (17-20 nap), 6: Nagyon gyakran (21-24 nap), 7: Majdnem mindig (25 + nap) (Rice et al., 2013).

Az MDRS eredeti szerzői alapján a férfi depresszió határa a kérdőívben 31 pont (Rice et al., 2013). Jelenleg még a magyar validáció nem áll rendelkezésre, így a magasabb és az alacsonyabb depresszió szinttel jellemezhető csoportokat el kellett különítenünk. Klaszteranalízissel két csoportot hoztunk létre, egy alacsonyabb és egy magasabb férfi depresszióval jellemezhető. A kétlépéses klaszteranalízis egy férfi depresszióval nem jellemezhető és egy férfi depresszióval jellemezhető csoportot hozott létre, ezeket a lehető legoptimálisabb ponton elfelezve.

Az MDRS alapján létrehozott klaszterek jellemzése: depressziós klaszterbe a minta 8%-a (9 fő), a depresszióval nem jellemezhető klaszterbe a minta 92%-a (104 fő) tartozik. Az MDRS pontszám átlaga a férfi depresszióval nem jellemezhető csoportnál 12,5, a férfi depressziós csoportnál pedig 56.

Létrehoztunk egy átlag alatti és egy átlag feletti MDRS összpontszámmal jellemezhető csoportot. Az MDRS átlag $M=15,96$.

Beck Reménytelenség Skála

A Beck Reménytelenség Skála egy 20 tételes, önjellemzésen alapuló kérdőív, amely a jövőre irányuló negatív attitűdök felmérését célozza meg. Az állításokra igenleges vagy nemleges válasz adható a válaszadó önmagára vonatkoztatott érzései alapján. A maximálisan adható 20 pontból 0-3 alacsony, 4-8 mérsékelt, 9-14 magas, 15-20 pedig súlyos reménytelenséget jelent. A reménytelenség az öngyilkossági veszélyeztetettség egy nagyon fontos prediktora (Perczel-Forintos et al., 2010).

Demográfiai és mentális egészségre vonatkozó kérdések

A demográfiai kérdések a résztvevők nemére, életkorára, családi állapotára, legmagasabb iskolai végzettségére vonatkoztak. A mentális egészségre vonatkozó kérdések az előzetes kórtörténet megismerésére szolgáltak. Arra vonatkoztak, hogy a vizsgálati személy korábban élt-e már át depressziós epizódot, kezelték/kezelik-e éppen depresszióval, volt-e más mentális betegségre vonatkozó diagnózisa, kezelése. Jelen kutatásban az egészséges (diagnózissal nem rendelkező) populáció felmérése a cél, viszont az esetlegesen megjelenő klinikai diagnózissal rendelkezők elválasztása ezen kérdések által lehetséges.

Rövidített Implicit Asszociációs Teszt (BIAT)

Jelen kutatásban egy számítógépes, reakcióidő mérésen alapuló eljárást, a rövidített (brief) Implicit Asszociációs Teszt (BIAT) (Sriram & Greenwald, 2009) témánkhoz illesztett változatának magyarított változatát alkalmaztuk. Az eljárás lényege, hogy a vizsgálati személy adott feladatinstrukció alapján szemantikus kategorizációs feladatot végez változó kategorizációs szabályok mellett és a kategorizációs teljesítményéből következtetünk az vizsgált kategóriákkal kapcsolatos implicit folyamatokra. (Kondé & Varga, 2020)

A feladat során a képernyő közepén megjelenő kifejezéseket kell a megfelelő attribútum vagy cél kategóriákba besorolni gombnyomás segítségével. Mindkét feladatban az egyik kategóriához egy jobb kezes (i billentyű) a másik kategóriához egy bal kezes válasz (e billentyű) tartozik. A feladat kombinált blokkjaiban az attribútum és cél kategorizációs feladatok végrehajtása felváltva történik. A BIAT a standard IAT-tól eltérően négy azonos hosszúságú (20 próbából álló) kísérleti blokkból áll, így az IAT próbaszámának csak egyharmadával dolgozik, ezáltal gyorsítva a tesztfelvételt. Lényeges különbség továbbá, hogy bár a BIAT egyes blokkjaiban mind a négy kategória szerepel (blokkonként változó kategória-válasz elrendezésben), a feladat instrukció a blokkok négy kategóriájából kettőre fókuszálja a résztvevő figyelmét (ún. fókusz kategóriák), a másik két kategória egységesen a „másik” kategóriát képviseli.

Az attribútum kategorizáció esetén minden blokkban a pozitív attribútum kategória kerül kiemelésre, azaz lesz fókusz kategória, viszont a kiemelt cél kategória blokkonként változik. Emiatt a pozitív attribútum válasza (a jobb kezes válasz) blokkonként eltérő célkategóriával esik egybe. Így a négy vizsgálati blokkból kettőben az egyik, kettőben a másik vizsgált célkategória válaszával azonos. A kategorizációs teljesítmény az egyik kategória-

válasz elrendezés mellett hatékonyabb (gyorsabb), ami a vonatkozó fogalmi kategóriák erősebb asszociatív kapcsolatára, a kategória irányába mutatott preferenciára, pozitív attitűdre utal.

Vizsgálatunkban a BIAT két változatát, az ún. Boldog/Szomorú BIAT (Meites et al., 2008) és az Élet/Halál BIAT (Nock et al., 2010) eljárást alkalmaztuk. Mindkét eljárásban az attribútum kategóriák szerepét az ÉN és a NEM ÉN kategóriák képviselték, a besorolandó kifejezések személyes névmások voltak (pl. önmagam, mások). A Boldog/Szomorú BIAT célkategóriái a SZOMORÚ és BOLDOG kategóriák voltak, melyekbe a megfelelő jelentésű mellékeveket (pl. BOLDOG: jókedvű; SZOMORÚ: csüggedt) kellett besorolni. Az Élet/Halál BIAT célkategorizációs feladatában a HALÁL és az ÉLET kategóriákba kellett besorolni olyan kifejezéseket, mint elhunyt, lélegző (1. táblázat).

1. táblázat

Attribútum és célkategóriák és a hozzájuk tartozó kifejezések

Kategóriák					
ÉN	NEM ÉN	BOLDOG	SZOMORÚ	ÉLET	HALÁL
én, önmagam, jőmagam, személyem, enyém	ő, ők, mások, más, övök	boldog, vidám, jókedvű, önfeledt, mosolygós	szomorú, gondterhelt, lehangolt, búskomor, csüggedt	élő, növekvő, létező, lélegző, túlélő	meghal, halott, elhunyt, élettelen, öngyilkos

2. táblázat

A fókusz kategóriák az attribútum és a cél kategorizációs feladatokban. A nem fókusz („másik”) kategória az attribútum feladat esetén minden blokkban a NEM-ÉN volt, a cél feladat esetén minden blokkban a fókusz kategória párja volt.

BIAT	Szakaszok (blokkok) a kategória-válasz elrendezések alapján	Fókusz kategóriák (jobb kéz)	
		Attribútum kategória	Cél kategória
Boldog/Szomorú	A	ÉN	SZOMORÚ
	B	ÉN	BOLDOG
Élet/Halál	C	ÉN	HALÁL
	D	ÉN	ÉLET

BIAT felépítés

A BIAT vizsgálat egy szöveges instrukcióval kezdődött, majd egy gyakorló feladat következett a tesztfázisban nem szereplő kategóriákkal és kifejezésekkel. A tesztfázisban a két BIAT következett Boldog/Szomorú – Élet/Halál sorrendben. Mindkét BIAT 4-4 blokkból állt. A vizsgálat minden blokkjában az ÉN kategória volt a fókusz kategória. A célkategóriák fókuszba helyezése blokkonként változott. Az ÉN kategória válasza (jobb kéz) a Boldog/Szomorú BIAT két blokkjában a BOLDOG kategóriával volt azonos (A elrendezés), két blokkjában a SZOMORÚ kategóriával volt azonos (B elrendezés). Hasonlóképpen, az Élet/Halál BIAT két blokkjában az ÉLET kategória (C elrendezés), két blokkjában a HALÁL kategória (D elrendezés) válasza esett egybe az ÉN kategória válaszával (2. táblázat). Az ÉN kategória egybeesése a BOLDOG kategóriával (A elrendezés), illetve az ÉN kategória egybeesése az ÉLET kategóriával (C elrendezés) számított hipotézis konzisztens elrendezésnek. A kétféle elrendezésű blokkok felváltva követték egymást. A blokkok sorrendje a vizsgálati személyek felénél ABAB-CD CD volt, a másik felénél BABA-DC DC.

Teljesítmény-kiértékelés

A teljesítmény-kiértékelés az egyes teszt blokkokban mutatott kategorizációs hatékonyság összehasonlításán alapul. A teljesítmény jellemzésére használt D érték kiszámításakor az ún. javított kiértékelési algoritmust alkalmaztuk (Greenwald, Nosek & Banaji, 2003). Ennek megfelelően a helyes és a javított helyes válaszok ideje is figyelembevételre került és semmilyen RI transzformáció nem történt. Az eltérő kategória-válasz elrendezésű blokkokban (pl. A és B) kapott válaszok idejét blokkonként átlagoltuk, és a hipotézis-konzisztens elrendezésű blokk (A, illetve C) átlagból kivontuk a hipotézis inkonzisztens blokkok átlagát (B ill. D) és az átlagok különbségét elosztottuk a két blokkban megfigyelhető átlagos szórással. A kivonás irányának (a rövidebb RI-ből a hosszabb RI) köszönhetően az ÉLET, illetve a BOLDOG kategória iránti pozitív beállítódás negatív D értékben mutatkozik meg. A D értékek deskriptív statisztikai adatait mutatja a teljes mintán az Élet/Halál BIAT és a Boldog/Szomorú BIAT esetén a 4. táblázat.

3. táblázat

A két BIAT vizsgálat leíró statisztikái

BIAT	N	Átlag	Std	Medián	Min	Max
Boldog/Szomorú	112	-,279	,476	-,304	-1,14	,69
Élet/Halál	112	-,344	,333	-,391	-1,04	,63

Választorzítás, megnyúlt reakcióidő vizsgálata

Az egy személyre vonatkozó átlagos reakcióidő méréséhez külön mondatokat alkottunk, ezeket építettük be a szűrő kérdőívek végére. Mivel a Beck Depresszió Kérdőívben 4-4 itemből kell a személyre leginkább jellemző állítást kiválasztani, a Férfi Depresszió Veszélyeztetettség Skálán 0-7-ig terjedő skálán van lehetőség a megfelelő válaszadásra, a Beck Reménytelenség Kérdőívben pedig az állítások igazságtartalmáról kell dönten, ezeknek a sémájára háromféle mondatcsoportot használtunk (7. Melléklet).

Az Inquisit program mérte a reakcióidőt, így az állítások megválaszolásának hosszát ismerjük. A skálákhoz igazított állítások megválaszolásának idejéből indultunk ki. Ezek adják a résztvevők átlagos reakcióidejét úgy, hogy a válaszadást idejét (ms) elosztottuk az adott mondat/ mondatok szótagszámaival. Ebből tehát az egy szótag elolvasásának átlagos idejére következtethetünk. A két szimulációs feltételben kitöltött szűrő kérdőívek itemenkénti átlagos reakcióidejét ugyanezzel a módszerrel számoltuk ki. Végül az utóbb kapott átlagos szótagolvasási időből vontuk ki a személyek előzőleg kiszámolt átlagos (skálákhoz igazított állításokkal mért) szótagolvasási idejét.

Eredmények

Az elemzéshez a Jamovi (1.6.14) és az SPSS (26) statisztikai programokat használtam. Két elemzési lépésben történt az adatok tanulmányozása. Az elsőben a két feltétel (alap és disszimulációs) összehasonlítása történt az egyes kérdőívek alapján. Emlékeztetőül: Feltételezésünk szerint az első feltételhez képest a disszimulálók esetében a disszimulációs feltételben megnyúlik a reakcióidő.

A második blokkban a szűrő kérdőívek és a BIAT közötti kapcsolatot vizsgáljuk. 2. hipotézis: Feltételezzük, hogy az Élet/Halál BIAT és a Boldog/Szomorú BIAT során adott válaszok korrelálnak a két feltételben kitöltött depresszió szűrő kérdőívek válaszadási jellemzőivel.

Mérőeszközök megbízhatósága

A vizsgálat során használt skálák jó belső konzisztenciával rendelkeznek a Cronbach-alfa (konzisztencia) mutatók alapján. A reliabilitás vizsgálatokban a 0,7 feletti értékek jó megbízhatósággal rendelkeznek. A Cronbach-alfa mutatók az MDRS-nél 0,875, a BDI esetében 0,859 és a Reménytelenség Skálánál 0,713.

Skálák eloszlása

Kolmogorov-Smirnov teszt alapján megállapítottuk, hogy a használt skálák nem normális eloszlásúak ($p=0,000$), ennek megfelelően nemparaméteres eljárásokat fogunk alkalmazni a továbbiakban.

Első elemzési lépés bemutatása:

A minta jellemzői depressziós tünetek és reménytelenség szempontjából az első vizsgálati feltétel és a disszimulációs feltétel mellett

Az első feltételben, amikor az önjellemzés történik, a BDI (Beck Depresszió Skála) szokásosan használt vágóértéke alapján (9 pont) a minta 72,6 %-a nem mutat depressziós tünetet, 27,4%-a (31 fő) viszont igen. Torzítás során (disszimulációs feltétel, amikor az önjellemzéskor torzítást kérünk) ez az arány megváltozott. 10 fő (8,8%) maradt a depressziós tüneteket mutatók csoportjában, többen is disszimuláltak az arra lehetőséget adó feltételben. Az így fennmaradt 103 fő (91,2%) között tehát vannak olyanok, akik az első feltételben mutattak depressziós tüneteket, a másodikban viszont nem.

Az MDRS (Férfi Depresszió Veszélyeztetettség Skála) átlag $M=15,96$ ($sd=14,40$) alapján két részre bontottuk a mintát az első feltétel alapján. Eszerint átlag feletti és átlag alatti pontszámú eredményekről beszélünk. Előbbibe 33,6% (38 fő), utóbbiba 66,4% tartozik, tehát átlag feletti eredménnyel (több depressziós tünettől) kevesebben rendelkeznek.

Szintén az előbbi átlag alapján a disszimulációs feltételben kapott MDRS eredményeket is két csoportra bontottuk. A depressziós tünetekkel rendelkezők csoportja ebben az esetben 22,1% (25 fő), a BDI két feltételéhez hasonlóan az első feltételhez képest alacsonyabb érték. A depressziós tünetekkel nem leírhatók a fennmaradó 77,9%.

A Reménytelenség Skála alapján az előzőekhez hasonló leíró eredményeket kaptunk. Az első feltételben depressziós tüneteket mutatók aránya 37,2% (42 fő), a tüneteket nem mutatóké pedig 62,8%. Az előző szám a disszimulációs feltételben 23,9%-ra (27 fő) csökkent. Szintén választorzítás történt.

4. táblázat

Leíró statisztikák

	N	Min	Max	Átlag	Std
BeckDep	112	20,0	47,0	27,464	6,2687
BeckDepD	112	,0	42,0	22,893	6,4798
FérfiDep	112	,0	81,0	16,107	14,3811
FérfiDepD	112	,0	68,0	11,027	9,4502
BeckRem	112	28,0	35,0	31,455	1,3144
BeckRemD	112	,0	36,0	29,696	7,1783
Valid N (listwise)	112				

Nemi különbségek

BDI esetében ($U=1026,5$, $p=0,180$), BDI disszimulációs feltétel mellett ($U=1194,0$, $p=0,810$), MDRS esetében ($U=1080,0$, $p=0,324$), MDRS disszimulációs feltétel mellett ($U=987,0$, $p=0,109$), Reménység Skála esetén ($U=1201,0$, $p=0,845$) Reménység Skála disszimulációs feltétel mellett ($U=1161,5$, $p=0,632$) nem találtunk szignifikáns különbséget a nemek között.

Ezt az eredményt használtuk fel a további elemzések alapjaként, ahol nemi különbségeket próbáltunk azonosítani a választorzításban.

Megszámoltuk, hogy hány tünetet jelöltek meg a vizsgálati személyek a szűrő kérdőívek során. Mann-Whitney próbával a rangátlagok alapján a két nem között nem találtunk szignifikáns különbséget ($p=0,131$, $U=1001,00$). Rangátlagok: 48,87 és 59,29.

A nemek torzítási hajlandósága tünetszámok alapján

A nemek torzítási hajlandóságát vizsgáltuk. Szignifikáns különbséget nem, de tendenciaszerű eltérést találtunk ($p=0,079$, $U=968,50$). Ez alapján, megnézve a tünetszámok rangátlagát látjuk, hogy a nők több tünetet torzítottak az első feltételhez képest. Rangátlagok: 59,69 és 47,78.

A torzítás mértéke a két nemnél

A torzított tünetek száma mellett a pontszámokban is hasonló eltérést lehetett megfigyelni. Az eredeti feltétel pontszámaiból itemenként kivontuk a disszimulációs feltétel pontszámait, és ezeket összegeztük. Ez alapján a BDI-n a nők tendenciaszerűen ($p=0,08$, $U=969,5$) nagyobb mértékben torzítanak, amikor jobb színben akarják feltüntetni magukat. Rangátlag: 59,68 és 47,82.

Torzítás és a depressziós tünetek összefüggései, megnyúlt reakcióidő

Megnéztük a személyek teljes BDI olvasási idejét mindkét feltételben, és Wilcoxon teszt alapján szignifikáns különbséget találtunk a két átlag között.

A depressziós tüneteket mutató és nem mutató vizsgálati személyeket összehasonlítottuk az átlagos kérdőív olvasási idejüket tekintve. A depressziós tüneteket mutató csoport az első feltételben ($p=0,001$, $U=747$) és a másodikban ($p=0,002$, $U=749$) is szignifikánsan hosszabb reakcióidővel jellemezhető a BDI alapján. Disszimulációs feltétel során BDI rangátlagok: 51,22 és 72,29. Alap feltétel BDI rangátlagok: 50,61 és 73,9.

A BDI-ben a nagyobb depresszióval jellemezhető csoportban a saját olvasási sebességhez (amelyet a kontroll-mondatokkal mértünk) viszonyítva megnyúlt a reakcióidő a depresszióra vonatkozó kérdések megválaszolása során. Mann-Whitney alapján ($p=0,000$, $U=847,5$) a semleges kérdésekre gyorsabban válaszoltak. A rangátlagok 42,16 és 67,96. A nemek között itt nem volt különbség.

Az olvasási sebesség az alap és torzított feltételben (itemek elemzése)

A teljes mintát elemezve elmondható, hogy a disszimulációs feltételben csökken az olvasás ideje (szótagszámra korrigált olvasási tempó). Ez az előzetes feltételezésünkkel és a szakirodalmi előzmények alapján ellentétes eredmény. A reakcióidő nyúlását várnánk. A reakcióidők a teljes mintán csökkennek minden item esetében. A depressziós tüneteket mutató egyéneket vizsgálva ($BDI>9$) viszont nem minden esetben találunk szignifikáns különbséget a két feltételben. Ez arra enged következtetni, hogy ha a depressziós tüneteket mutató személynek depresszióval kapcsolatos tüneteket kell magára vonatkoztatva megválaszolnia, akkor a tempó nem gyorsul, hanem változatlan marad. Egy ilyen item volt a BDI skálán, az ötödik, amely az önhibáztatásra vonatkozik.

A Reménytelenség skálán hasonló tendencia mutatkozik. A teljes minta elemzése alapján elmondható, hogy a Reménytelenség Skála esetében is szignifikánsan csökken a reakcióidő (olvasási sebesség), ami szintén az előzetes feltételezésünkkel, és a szakirodalmi eredményekkel is ellentétes. A teljes mintán a reakcióidők csökkennek minden item esetében. A depressziót mutató egyéneket vizsgálva viszont nem minden esetben találtunk szignifikáns különbséget a két feltételben. Feltehetőleg, ha a depressziós személy reménytelenséggel kapcsolatos állításokkal találkozna (önmagukra vonatkoztatva), a tempó nem gyorsul, hanem változatlan marad. Ilyen itemek voltak a 3. ($p=0,136$), 4. ($p=0,075$), 6. ($p=0,799$), 9. ($p=0,104$), 11. ($p=0,055$), 15. ($p=0,085$), 17. ($p=0,088$), és a 18. ($p=0,052$) itemek.

Második elemzési lépés bemutatása

A BIAT D értéke és a depresszió szint összefüggései

A második blokkban a szűrő kérdőívek és a BIAT közötti kapcsolatot vizsgáljuk. 2. hipotézis: Feltételezzük, hogy a Depresszió BIAT során adott válaszok (pozitívan) korrelálnak a két feltételben kitöltött depresszió szűrő kérdőívek válaszadási jellemzőivel.

Mivel a kérdőív megválaszolása tudatos folyamat, a BIAT-tal pedig a tudatosan nem befolyásolható válaszadást mérjük, ezért feltételezhető volt (2. hipotézis), hogy a depressziót mérő kérdőívek és a Depresszió BIAT között összefüggés mutatható ki.

Ennek vizsgálatára a BIAT D értékeit használtuk. Korreláció elemzést végeztünk (Pearson): a BDI és az MDRS pontszámok összefüggését vizsgáltuk a BIAT D értékével.

Nem találtunk szignifikáns összefüggést sem a BDI ($p=0,265$, $r=0,107$) sem az MDRS esetében ($p=0,132$, $r=0,144$).

Megvizsgáltuk, hogy a depressziós tüneteket mutató és a depressziós tüneteket nem mutató vizsgálati személyek esetében fennáll-e a feltételezett összefüggés.

Az MDRS esetében a klaszteranalízis során kapott kategóriákat használtuk. A BDI esetében a hagyományosan elfogadott 9-es vágóértéket használtuk, amely pontszám felett a depresszió valószínűsíthető.

A BDI alapján a tüneteket mutatók ($p=0,508$, $r=0,075$) és a tüneteket nem mutatók ($p=0,508$, $r=0,075$), valamint az MDRS alapján tüneteket mutatók ($p=0,390$, $r=0,203$) és tüneteket nem mutatók ($p=0,198$, $r=0,137$) csoportjaiban sem találtunk korrelációt a depressziót mérő két kérdőív és a Depresszió BIAT között.

Inkonzisztenciák a kérdőív kitöltések és a BIAT eredmények között

A vizsgálat ezen pontján arra voltunk kíváncsiak, hogy vannak-e a kérdőív kitöltések és a BIAT eredmények között inkonzisztenciák. Találunk-e olyan személyt a mintában, aki a depresszió kérdőíven nem mutatkozik depressziósnak, viszont a BIAT pontszám alapján a szomorúság felé mutat preferenciát. A BIAT pontszámokból három kategóriát alakítottunk ki. szomorúság felé, boldogság felé mutató preferenciát és a semleges kategóriát. A hagyományosan elfogadott BIAT felosztást használtuk, de csak három csoportot hoztunk létre, a preferencia fokozatait a jelen elemzésben nem használtuk fel.

A D értékek szokásos értelmezés szerint: Preferencia az élet/boldogság kategória irányába: erőteljes: $D \leq -0,65$; mérsékelt $-0,65 \leq D \leq -0,35$; enyhe $-0,35 \leq D \leq -0,15$ (a $-0,15$ -nél kisebb értékek, tehát a boldogság irányába való preferenciát jeleznek).

Preferencia/elutasítás mindkét kategória irányába: elhanyagolható $-0,15 \leq d \leq 0,15$. Preferencia a halál/szomorúság kategória irányába: enyhe: $0,15 \leq D \leq 0,35$; mérsékelt: $0,35 \leq D \leq 0,65$; erőteljes: $0,65 < D$ (a 0,15-nél nagyobb értéket, tehát a halál/szomorúság irányába fennálló beállítódást jeleznek).

Négy csoportot hoztunk létre a BDI eredmények és a Depresszió BIAT kapcsolata alapján:

1. BDI alapján depressziós tünetekkel nem jellemezhető személyek, akik a Depresszió BIAT során Boldogság preferenciát mutattak
2. depressziós tünetekkel nem jellemezhető személyek, akik a Depresszió BIAT során Szomorúság preferenciát mutattak
3. depressziós tünetekkel jellemezhető személyek, akik Boldogság preferenciát mutattak
4. depressziós tünetekkel jellemezhetőek, akik Szomorúság preferenciát mutattak

5. táblázat

	depressziós tünetet mutatók:	depressziós tünetet nem mutatók:
BIAT Boldogság preferencia:	13 fő	49 fő
BIAT Szomorúság preferencia:	36 fő	14 fő

Közülük számunkra a 2. és 3. (tehát ellenmondást hordozó) kategória összehasonlítása érdekes az 1. kategóriával. A mintából 14 személy (2. csoport) a kérdőívek alapján nem mondható depresszió veszélyeztetettnek, viszont a BIAT során (amely implicit, nem befolyásolható folyamatokat mér) gyorsabban reagált az Én attribútum kategória esetén a Szomorúság célkategóriára. Ebből a BIAT implicit, tudatosan nem befolyásolható mivolta szerint arra következtetünk, hogy a kérdőív kitöltés fázisban disszimuláltak, jobb színben tűnték fel magukat, mint ami a valóság, hiszen gyorsabban volt az önmaguk Szomorúság célkategóriával történő asszociációja.

13 ember (3. csoport) szimulált, ők a szűrő kérdőívek alapján depressziós tüneteket mutatnak, míg a BIAT az előzőekkel épp ellentétes asszociációkat mutat.

Összevetettük a tünetet nem mutató és BIAT alapján is egészséges (1. csoport), a tünetet nem mutató de BIAT alapján nem egészséges (2. csoport), illetve a tünetet mutató, de a BIAT szerint egészséges csoportokat (3. csoport). Kruskal-Wallis próba alapján szignifikáns és tendenciaszerű eltéréseket kaptunk a három csoport válaszadási idejében.

Depresszió BIAT kategóriák és BDI elemzése, olvasási idő különbségei

Szignifikáns és a 2. hipotézisnek megfelelő eredményeket kaptunk a BDI 1. ($p=0,043$), 8. ($p=0,002$), 9. ($p=0,006$), 10. ($p=0,003$), 11. ($p=0,006$), 12. ($p=0,001$), 15. ($p=0,048$), 16. ($p=0,006$), 17. ($p=0,004$), 18. ($p=0,009$) és 20. ($p=0,022$) itemeinél, vagyis szignifikánsan nőtt a kérdőív kitöltésének reakcióideje a tünetet nem mutató, de a BIAT alapján nem egészséges csoportban. Emellett szintén a hipotézist alátámasztva tendenciaszerű különbséget találtunk a 7. ($p=0,055$), 13. ($p=0,055$), 14. ($p=0,051$), 19. ($p=0,081$) itemeknél. Két itemnél szignifikáns, (3. ($p=0,027$) és 8. ($p=0,002$)) de a hipotézissel ellentétes eredményeket kaptunk, itt hosszabb volt a reakcióidő az 1., mint a 2. csoportnál, viszont a 3. esetében nem. A 2. ($p=0,169$), 4. ($p=0,210$), 5. ($p=0,437$), 6. ($p=0,115$), 21. ($p=0,116$) itemeknél nem volt különbség.

Depresszió BIAT kategóriák és MDRS elemzése

A négy csoportban az alábbiak szerint alakultak az MDRS itemekre adott reakcióidők összehasonlításai.

A 2. hipotézissel konzisztensen szignifikáns különbségeket az MDRS 13. ($p=0,025$), 17. ($p=0,028$) itemeinél, tendenciaszerű különbségeket az 1. ($p=0,057$), 2. ($p=0,096$), 12. ($p=0,084$) itemeinél kaptunk. Ezekben az esetekben nyúlt a reakcióidő torzítás során, vagyis szignifikánsan/ tendenciaszerűen nőtt a kérdőív kitöltésének reakcióideje a tünetet nem mutató, de a BIAT alapján nem egészséges (szomorúság preferenciát mutató) csoportban. A többi itemnél nem volt szignifikáns különbség.

Depresszió BIAT kategóriák és Reménység elemzése

A négy csoport Reménység Skála itemekre adott reakcióidőit szintén vizsgáltuk.

Szignifikáns és a 2. hipotézisnek megfelelő eredményeket kaptunk a skála 7. ($p=0,026$), iteménél, vagyis szignifikánsan nőtt a kérdőív kitöltésének reakcióideje a tünetet nem mutató, de a BIAT alapján nem egészséges (szomorúság preferenciát mutató) csoportban. Emellett szintén a hipotézist alátámasztva tendenciaszerű különbséget találtunk a 13. ($p=0,087$), 19. ($p=0,080$) itemnél.

Az 1. ($p=0,455$), 2. ($p=0,375$), 3. ($p=0,577$), 4. ($p=0,577$), 5. ($p=0,168$), 6. ($p=0,157$), 8. ($p=0,597$), 10. ($p=0,446$), 11. ($p=0,393$), 12. ($p=0,324$), 14. ($p=0,524$), 15. ($p=0,847$), 16. ($p=0,220$), 17. ($p=0,147$), 18. ($p=0,904$) és a 20. ($p=0,607$), 21. ($p=0,958$) és 22. ($p=0,768$) itemeknél nem volt különbség a reakcióidő tekintetében.

Öngyilkosság BIAT és Rénytelenség vizsgálata

A Reménytelenség Skála eredmények és az Öngyilkosság BIAT kapcsolata alapján is négy csoport különült el, és az első három csoportot hasonlítottuk össze.

- A. a Reménytelenség Skála alapján reménytelenség tünetekkel nem jellemezhető személyek, akik az Öngyilkosság BIAT során Élet preferenciát mutattak
- B. reménytelenség tünetekkel nem jellemezhető személyek, akik az Öngyilkosság BIAT során Halál preferenciát mutattak
- C. reménytelenség tünetekkel jellemezhető személyek, akik Élet preferenciát mutattak
- D. reménytelenség tünetekkel jellemezhetőek, akik Halál preferenciát mutattak

6. táblázat

	Reménytelenség Skála tünetet mutatók:	Reménytelenség Skála tünetet nem mutatók:
BIAT Élet preferencia:	28 fő	52 fő
BIAT Halál preferencia:	29 fő	3 fő

Öngyilkosság BIAT és Reménytelenség skála

Szignifikáns és a 2. hipotézisnek megfelelő eredményeket kaptunk a 15. ($p=0,042$), 18. ($p=0,046$) itemeinél, vagyis szignifikánsan nőtt a kérdőív kitöltésének reakcióideje a tünetet nem mutató, de a BIAT alapján nem egészséges (halál preferenciát mutató) csoportban. Emellett szintén a hipotézist alátámasztva tendenciaszerű különbséget találtunk a 9. ($p=0,072$) itemnél.

Az 1. ($p=0,146$), 2. ($p=0,880$), 3. ($p=0,264$), 4. ($p=0,415$), 5. ($p=0,639$), 6. ($p=0,588$), 7. ($p=0,422$), 8. ($p=0,152$), 10. ($p=0,918$), 11. ($p=0,170$), 12. ($p=0,513$), 13. ($p=0,339$), 14. ($p=0,221$), 16. ($p=0,535$), 17. ($p=0,721$), 19. ($p=0,332$) és a 20. ($p=0,297$) itemeknél nem volt különbség a reakcióidő tekintetében.

Öngyilkosság BIAT és MDRS elemzés

A Reménytelenség Skála és Öngyilkosság BIAT által kialakított négy csoport MDRS itemeire jellemző reakcióidőit is vizsgáltuk. Szignifikáns és a 2. hipotézisnek megfelelő eredményt kaptunk az MDRS skála 7. ($p=0,026$) iteménél. Tendenciaszerű és a 2. hipotézisnek megfelelő eredményeket a 13. ($p=0,087$) és a 19. ($p=0,080$) itemeknél kaptunk, tehát 3 esetben

nőtt a kérdőív itemek kitöltésének reakcióideje a tünetet nem mutató, de a BIAT alapján nem egészséges (halál preferenciát mutató) csoportban.

Öngyilkosság BIAT és BDI elemzése

A négy csoport BDI itemekre adott reakcióidejét is összehasonlítottuk. A 2. hipotézisnek megfelelő szignifikáns eredményeket a 3. ($p=0,041$), 4. ($p=0,036$), 8. ($p=0,042$), 9. ($p=0,041$), 10. ($p=0,004$), 11. ($p=0,040$), 12. ($p=0,046$), 13. ($p=0,001$), 17. ($p=0,030$), 19. ($p=0,039$) és 20. ($p=0,003$) itemeknél. A 2. hipotézisnek megfelelő tendenciaszerű eredményeket a 2. ($p=0,054$), 18. ($p=0,080$) itemeknél mértünk. Ezekben az esetekben nőtt a kérdőív kitöltésének reakcióideje a tünetet nem mutató, de a BIAT alapján nem egészséges (halál preferenciát mutató) csoportban. A 16. ($p=0,030$) itemnél bár szignifikáns eredményt kaptunk, de a 2. hipotézist ez megcáfolja.

Megbeszélés

A vizsgálat *első részében* a két feltétel alapján kitöltött kérdőívek egymással való kapcsolatát, a depressziós tüneteket mutató és nem mutatók, és az esetleges nemek közötti különbséget vizsgáltuk.

A disszimulációs feltételben alacsonyabb volt a depressziós tüneteket mutatók aránya, tehát valóban képesek a tüneteket mutató személyek is a szándékos torzításra, rendelkeznek az ehhez szükséges kognitív kapacitással és motivációval, ahogy azt Goerigk és munkatársai (2018) alapján vártuk.

A nemek torzítási hajlandóságával kapcsolatos eredmények részben a szakirodalmakkal ellentétesen alakultak. Mivel inkább a férfiakra jellemző a tünetek maszkolása (Cochran & Rabinowitz, 2000), így arra számíhattunk, hogy többet fognak torzítani a disszimulációs feltétel során. Eredményeink alapján a nők a második feltételben a BDI során tendenciaszerűen ($p=0,079$) több tünetet, illetve nagyobb mértékben torzítottak, mint a férfiak. Ugyanakkor, ha a változó nemi szerep elvárásokra gondolunk, elfogadható ez az arány, hiszen a nők is megélhetnek, és egyre többen élnek meg „férfi depressziós” tüneteket, tünetek elfedését, maszkolását (Möller-Leimkühler & Yücel, 2010).

Az alap és disszimulációs feltételben kitöltött BDI olvasási ideje között szignifikáns különbségeket találtunk. A depressziós tüneteket mutató személyek mindkét feltételben hosszabb reakcióidővel voltak jellemezhetőek ($p=0,001$, $p=0,002$), mint a tüneteket nem mutatók. Ez nem volt meglepő, hiszen a depressziós személyeknél lassulhat az információfeldolgozás (Tavares et al., 2003).

A nagyobb depresszióval jellemezhető csoport a saját olvasási sebességéhez képest (kontrollmondatokkal mérve) lassabban válaszolt a depresszióra vonatkozó kérdések során. Az, hogy a semleges kérdésekre gyorsabban válaszoltak ($p=0,000$) arra enged következtetni, hogy képesek a gyorsabb válaszadásra, de az őket érintő, depressziós tünetekre vonatkozó kérdések kognitívan megterhelőbbek számukra.

Az 1.hipotézisnek (Feltételezésünk szerint az első feltételhez képest a disszimulálók esetében a disszimulációs feltételben megnyúlik a reakcióidő.) ellentmondó eredményeket kaptunk a teljes minta tekintetében. A disszimulációs feltételben minden itemnél csökkent az olvasás ideje. Mivel korábbi eredmények alapján a reakcióidő nyúlását vártuk a torzított feltételben (DePaulo et al., 2003; Holtgraves, 2004; McDaniell & Timm, 1990; Zuckerman et al., 1981), megvizsgáltuk a depressziós tüneteket mutatók csoportját ($BDI>9$). A BDI 5. iteménél, amely az önhibáztatásra vonatkozik, nem találtunk szignifikáns különbséget a két feltétel között. Valószínűleg ez egy kognitívan megterhelőbb kérdés, mint a többi. Ugyanez vonatkozik a Reménytelenség Skála 3., 4., 6., 9., 11., 15., 17., 18. itemeire is. A 9. (*Egyszerűen nem vagyok szerencsés s nincs okom azt hinni, hogy a jövőben az leszek.*), 15. (*Erősen bízom a jövőben*), 18. (*A jövő homályosnak és bizonytalannak tűnik.*) itemek a vizsgálat második részében a 2. hipotézist alátámasztó tendenciaszerű/ szignifikáns eredménnyel jártak.

Feltételezhető, hogy a várt eredmény elmaradása az egészséges populációból történő mintaválasztás eredménye, amely hosszabb távon klinikai mintával kiegészítve megváltozik.

A vizsgálat második részében a Depresszió BIAT és az Öngyilkosság BIAT válaszijellemzőit vetettük össze a két feltétel mellett kitöltött kérdőívek válaszijellemzőivel. Feltételeztük, hogy az Élet/Halál BIAT és a Boldog/Szomorú BIAT során adott válaszok korrelálnak a két feltételben kitöltött depresszió szűrő kérdőívek válaszadási jellemzőivel (2. hipotézis).

Azt vártuk, hogy a BIAT-ban megjelenő „Én” attribútum kategória és a Szomorúság és a Halál élelkategóriák erősebb asszociációja a kérdőívek során depressziós tünetek megjelenésével jár, hiszen az implicit asszociációk szintjén mért jellemzők tudatosan nem befolyásolhatóak (Kondé & Varga, 2020), és a kérdőívek során feltételeztük az őszinte válaszadást. Ennek ellenére nem találtunk korrelációt a BIAT D és a BDI, MDRS eredmények (pontszámok) között, tüneteket mutatók esetében sem.

Ezután a Depresszió BIAT és a BDI eredmények kapcsolata alapján létrehozott csoportok közül kettőre fordítottunk figyelmet. A BDI során tünetet nem mutató, BIAT alatt Szomorúság preferenciát mutató csoport lett a disszimuláló csoport, akik jobb színben tüntették

fel magukat, mint azt a BIAT eredményekből láttuk. A 2. hipotézisnek megfelelő szignifikáns és tendenciaszerű eredményeket is kaptunk.

Beck Depresszió Kérdőív (BDI):

- Szignifikáns és 2. hipotézisnek megfelelő eredmények: 1. szomorúság, 9. öngyilkosság, 10. sírás, 11. ingerlékenység, 12. visszahúzódás, 15. munkaképtelenség, 17. fáradtság, 20. hipochondria, 16. álmatlanság, 18. étvágytalanság.
- Tendenciaszerű, hipotéziskonzisztens eredmények: 7. önutálat, 14. testkép, 13. döntésképtelenség, 19. súlycsökkenés

A legtöbb item a Szomatikus (3/3) és a Teljesítményzavar (7/6) alskálákhoz tartozik, amelyek később is kiugróak voltak, felhasználhatóak lennének egy új (Megbeszélés végén kifejtett) kérdőív összeállításához.

- Két itemnél szignifikáns, de a hipotézissel ellentétes eredményt kaptunk (hosszabb volt a reakcióidő az 1., mint a 2. csoportnál, viszont a 3. esetben nem): 3.kudarcok, 8. önhibáztatás

Férfi Depresszió Kockázatbecslő Skála (MDRS):

- Szignifikáns, hipotéziskonzisztens eredmények: 13. Különböző szerek után néztem., 17. Megpróbáltam figyelmen kívül hagyni, hogy padlón vagyok.
- Tendenciaszerű, hipotéziskonzisztens eredmények: 1. Elnyomtam a negatív érzéseimet. 2. Eltitkoltam a negatív érzéseimet mások elől. 12. Agresszíven túlreagáltam helyzeteket.

Ebben a részben leginkább az Érzelmek elnyomása alskála itemei (4/3) voltak kiugróak.

Reménytelenség Skála:

- Szignifikáns, hipotéziskonzisztens eredmények: 7. Sötéten látom a jövőmet.
- Tendenciaszerű, hipotéziskonzisztens eredmények: 13. Amikor előre tekintek a jövőbe, remélem, hogy boldogabb leszek, mint amilyen most vagyok. 19. Több jóra, mint rosszra számíthatok a jövőben.

Az Öngyilkosság BIAT és a Reménytelenség Skála kapcsolata alapján létrehozott négy csoportból szintén a disszimulálók (Reménytelenség Skála tünet nincs, BIAT Halál preferencia) és a szimulálók (Reménytelenség Skála tünet, BIAT élet preferencia) a fontosak.

Reménytelenség Skála:

- Szignifikáns, 2. hipotézisnek megfelelő eredmények: 15. Erősen bízom a jövőben. 18. A jövő homályosnak és bizonytalannak tűnik számomra.

- Tendenciaszerű, 2. hipotézist alátámasztó eredmények: 9. Egyszerűen nem vagyok szerencsés s nincs okom azt hinni, hogy a jövőben az leszek.

A korábban említett 9., 15., 18. itemek itt jelentek meg újból.

MDRS:

- Szignifikáns, 2. hipotézisnek megfelelő eredmények: 7. Fájt a gyomrom.
- Tendenciaszerű, 2. hipotézist alátámasztó eredmények: 13. Különböző szerek után néztem. 19. Anélkül förmedtem rá valakire, hogy okot adott volna rá.

Itt is látható szomatikus tünet, akár csak fentebb.

BDI:

- Szignifikáns, 2. hipotézisnek megfelelő eredmények: 3. kudarcok, 8. önhibáztatás, 9. öngyilkosság, 10. sírás, 4. elégedetlenség, 11. ingerlékenység, 12. visszahúzódság, 13. döntésképtelenség, 17. fáradtság, 20. hipochondria, 19. súlycsökkenés.
- Tendenciaszerű, 2. hipotézist alátámasztó eredmények: 2. pesszimizmus. 18. étvágytalanság.
- Szignifikáns, de hipotézisnek ellentmondó eredmények: 16. alvásminőség

Újból kiugró a Teljesítményzavar (7/6) és a Szomatikus (3/2) alszála.

Mindezek alapján összességében elmondható, hogy a kitüntetett figyelmet érdemlő itemek/alszála a következők:

- BDI: szomatikus, teljesítményzavar alszála itemei
- MDRS: érzelmek elnyomása, szomatikus alszála itemei
- REM: 9., 15., 18. itemek

További vizsgálatokat követően a fenti itemek felhasználásával új, rövid, reakcióidő-mérésre is alkalmas szűrő kérdőív létrehozása lenne a cél, amely hatékonyabb módszere lehetne a hangulatzavar kimutatására. Ezáltal többen kapnának megfelelő szakemberi segítséget, ezzel csökkentve az öngyilkosság kockázatát.

Összegzés

A vizsgálat alapfeltevése ahhoz a kutatási irányhoz csatlakozik, amely azt vizsgálja, hogy a kérdőíves kutatások és a kérdőívek alkalmazása a gyakorlatban (például a munka világában a személyiségtesztek alkalmazása) mennyire mondhatóak validnak. Az igencsak gyerekcipőben járó területen a kutatások a válaszok tudatos torzítását helyezik a középpontba. Az vizsgálják, hogy milyen jellemzők érhetők tetten akkor, amikor valaki tudatosan jobb színben tünteti fel magát, vagy éppen szimulálással próbál előnyökhöz jutni, és rosszabb tulajdonságokkal ruházza fel magát. Mindkét jelenség közel állhat az emberi működéshez. Ezeket a

választorzításokat próbáljuk meg vizsgálni, és kontrollálni a helyzetet a tudatosan nem befolyásolható válaszadás szintjén. Ezzel a módszertannal nem találtunk hasonló kutatást a szakirodalomban. A vizsgálati személyeket másrészt válaszaik torzítására is kértük (ez megszokottabb módja a vizsgált jelenség megfigyelésének).

A reakcióidő alapú elemzéseink javarészt egybevágóak a feltételezéseinkkel, ezzel jó alapot szolgáltatnak ahhoz, hogy klinikai mintán is kipróbálásra kerüljön az általunk megalkotott vizsgálati elrendezés. A depressziós mintában a cél az lesz, hogy szintén azonosítsuk az esetleges torzítás sajátos mintázatait és azokat a tüneteket, amelyek a leggyakrabban azonosíthatóak torzított itemekként. Hosszútávú célunk illeszkedik az öngyilkosság prevencióhoz, amelyben az alapvető problémák egyike, hogy nem kerülnek azonosításra a súlyos depresszióval vagy öngyilkossági szándékkal bíró egyének. A tünetek önbevallása nem elegendő sokszor az azonosításra. Hosszútávú cél továbbá mesterséges intelligencia vizsgálatokkal olyan algoritmusok létrehozása, melyben rövid idő alatt, nagyon kevés kérdés megválaszolásával, az egyes emberek válaszadási tendenciáit pontosan detektálva láthatnánk, hogy van-e esetlegesen további szűrővizsgálatokra, ellátásra szüksége az egyénnek. Ez a módszer az alapellátásban is könnyen alkalmazható lenne különböző elektronikai eszközök (tablet, számítógép) alkalmazásával.

Irodalom

- Addis, M. E., & Mahalik, J. R. (2003). Men, masculinity, and the contexts of help seeking. *American Psychologist*, 58(1), 5-14. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.58.1.5>
- Ágoston G., & Szili, I. (2001). Diagnosztikus kérdőívek és tünetbecslő skálák. In Füredi, J., Németh, A., és Tariska, P. (Eds.), *A pszichiátria magyar kézikönyve* (pp. 157–166). Medicina.
- American Psychological Association. (APA) (2018). *APA guidelines for psychological practice with boys and men*. <https://www.apa.org/about/policy/boys-men-practice-guidelines.pdf>
- Amin, A., Kagesten, A., Adebayo, E., & Chandra-Mouli, V. (2018). Addressing Gender Socialization and Masculinity Norms Among Adolescent Boys: Policy and Programmatic Implications. *Journal of Adolescent Health*, 62(3), s72-s80. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2017.06.022>
- Angst, J., & Ernst, C. (1989). *Geschlechtsunterschiede in der Psychiatrie*. na.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson M., Mock, J. & Erbaugh, J. (1961). An Inventory for Measuring Depression. *Arch Gen Psychiatry*, 4(6), 561-71. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1961.01710120031004>
- Boon, J., Gonza, L., Hall, S. (2008). Detecting ‘faking bad’ on the Gudjonsson Suggestibility Scales. *Science Direct*, 44(1), 263-272. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2007.08.005>
- Cialdini, R. B., & Trost, M. R. (1999). Social influence: Social norms, conformity and compliance. In D. Gilbert, S. Fiske, és G. Lindzy (Eds.), *The handbook of social psychology* (pp. 151–192). McGraw-Hill.
- Cochran, S. W., & Rabinowitz, F. E. (2000). *Men and depression: clinical and empirical perspectives*. Academic Press.
- DePaulo, B. M., Lindsay, J. J., Malone, B. E., Muhlenbruck, L., Charlton, K., & Cooper, H. (2003). Cues to deception. *Psychological Bulletin*, 129(1), 74-118. <http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.129.1.74>
- Elo, I. T., Mykyta, L., Margolis, R., Culhane, J. F. (2009). Perceptions of neighborhood disorder: The role of individual and neighborhood characteristics. *Social Science Quarterly*, 90(5) 1298-1320. <https://doi.org/10.1111/j.1540-6237.2009.00657.x>
- Galasinski, D. (2008). *Men's discourses of depression*. Palgrave Macmillan
- 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%2F1557988315623993>

- Goerigk, S., Hilbert, S., Jobst, A., Falka, P., Bühner, M., Stachl, C., Bischl, B., Coors, S., Ehring, T., Padberg, F., Sarubin, N. (2018). Predicting instructed simulation and dissimulation when screening for depressive symptoms. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 270(2), 153-168. <https://doi.org/10.1007/s00406-018-0967-2>
- Griffith, R. L., Chmielowski, T., Yoshita, Y. (2007). Do applicants fake? An examination of the frequency of applicant faking behavior. *Personnel Review*, 36(3), 341-355. <https://doi.org/10.1108/00483480710731310>
- Gulliver, A., Griffiths, K. M., & Christensen H. (2010). Barriers and facilities to mental health help-seeking for young elite athletes: a qualitative study. *BMC Psychiatry*, 10(113). 29.
- Greenwald, A. G., Nosek, B. A., & Banaji, M. R. (2003). Understanding and using the implicit association test: I. An improved scoring algorithm. *Journal of personality and social psychology*, 85(2), 197–216. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.85.2.197>
- Hawton, K. (2000). Sex and suicide: Gender differences in suicidal behaviour. *British Journal of Psychiatry*, 177, 484-485. <https://doi.org/10.1192/bjp.177.6.484>
- Holtgraves, T. (2004). Social desirability and self-reports: Testing models of socially desirable responding. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 30(2), 161–172. <https://doi.org/10.1177/0146167203259930>
- 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>
- Kennedy, H. (2001). Do men need special services? *Advances In Psychiatric Treatment*. 7, 93-99. <https://doi.org/10.1192/apt.7.2.93>
- Kondé, Z. & Varga, M. M. (2020). Az implicit megismerés kísérleti vizsgálatának módszertani lehetőségei inquisit alkalmazásokkal. Debreceni Egyetemi Kiadó.
- Kopp, M. (2008). Magyar lelkiállapot 2008. Semmelweis Kiadó.
- Kopp, M. (2007). Beck Depresszió Kérdőív. In Perczel-Forintos, D., Ajtay, Gy. & Kiss, Zs. (Eds.), *Kérdőívek, becslőskálák a klinikai pszichológiában* (pp. 44–45). Semmelweis Kiadó.
- Központi Statisztikai Hivatal (KSH) (2020). Öngyilkosság. <https://www.ksh.hu/ffi/1-16.html>

- Kposowa, A. J. (2000). Marital status and suicide in the national longitudinal mortality study. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 54(4), 254-261. <https://doi.org/10.1136%2Fjech.54.4.254>
- Mahalik, J. R., Good, G. E., Tager, D., Levant, R. F., & Mackowiak, C. (2012). Developing a taxonomy of helpful and harmful practices for clinical work with boys and men. *Journal of Counseling Psychology*, 59(4), 591–603. <http://dx.doi.org/10.1037/a0030130>
- Mansfield, A. K., Addis, M. E., & Mahalik, J. R. (2003). 'Why don't he go tot he doctor?': The psychology of men's health seeking. *International Journal of Men's Health*, 2(2), 93-109. <https://doi.org/10.3149/JMH.0202.93>
- Martin, L. A., Neighbors, H. W., & Griffith, D. M. (2013). The experience of symptoms of depression in men vs women: analysis of the National Comorbidity Survey Replication. *JAMA Psychiatry*, 70(10), 1100–1106. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.1985>
- McDaniel, M. A., & Timm, H. (1990). Lying takes time: Predicting deception in biodata using response latency. In *98th annual convention of the American Psychological Association*.
- Meites, T. M., Deveney, C. M., Steele, K. T., Holmes, A. J., & Pizzagalli, D. A. (2008). Implicit depression and hopelessness in remitted depressed individuals. *Behaviour Research and Therapy*, 46(9), 1078-1084.
- 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)
- Möller-Leimkühler, A. M., & Yücel, M. (2010). Male depression in females? *Journal of Affective Disorders*. 121(1/2), 22-29. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.05.007>
- Nock, M. K., Park, J. M., Finn, C. T., Deliberto, T. L., Dour, H. J., & Banaji, M. R. (2010). Measuring the suicidal mind: Implicit cognition predicts suicidal behavior. *Psychological science*, 21(4), 511-517.
- Perczel-Forintos, D., Sallai J. & Rózsa S. (2010). Adaptation of the Beck Hopelessness Scale in Hungary. *Psychological Topics*, 19 (2), 307-321.
- Pollack, W. S. (1998). Mourning, melancholia, and masculinity: Recognizing and treating depression in men. In W. S. Pollack & R. F. Levant (Eds.), *New psychotherapy for men* (pp. 147–166). John Wiley & Sons Inc.
- 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.
<https://doi.org/10.1177/215013272092168>
- 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>
- Rickwood, D., Deane, F. P., Wilson, C. J. & Ciarrochi, J. (2005). Young people's help-seeking for mental health problems. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health*, 4(3), 218-251. <https://doi.org/10.5172/jamh.4.3.218>
- Rickwood, D., & Thomas, K. (2012). Conceptual measurement framework for help-seeking for mental health problems. *Psychology Research and Behavior Management*, 5, 173–183.
<https://doi.org/10.2147/PRBM.S38707>
- Rihmer Z., & Rutz, W. (2000). *Depresszió és Öngyilkosság férfiaknál*. Springer Orvosi Kiadó
- Rihmer Z., Kalmár S. (2012). Depresszió és öngyilkosság. In Kalmár, S., Németh, A., & Rihmer, Z. (Eds.), *Az öngyilkosság orvosi szemmel* (pp. 113-124). Medicina.
- Rihmer, Z. (1996). Strategies of suicide prevention: Focus on health care. *Journal of Affective Disorders*, 39(2), 83-91. [https://doi.org/10.1016/0165-0327\(96\)00007-9](https://doi.org/10.1016/0165-0327(96)00007-9)
- Rihmer, Z. (2007). Suicide risk in mood disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 20(1), 17-22.
- Rihmer, Z., Gonda, X., Kapitany, B., & Dome, P. (2013). Suicide in Hungary-epidemiological and clinical perspectives. *Annals of General Psychiatry*, 12(21), 1-13.
<https://doi.org/10.1186/1744-859X-12-21>
- 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)
- Rózsa, S., Szádóczy, E., & Füredi, J. (2001). A Beck Depresszió Kérdőív rövidített változatának jellemzői hazai mintán. *Psychiatria Hungarica* 16(4), 379-397.
- Rutz, W., Walinder, J., Knorrning, L. V., 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>

- Sriram, N., & Greenwald, A. G. (2009). The Brief Implicit Association Test. *Experimental Psychology*, 56(4), 283-294. <https://doi.org/10.1027/1618-3169.56.4.283>
- Stack, S. (2000). Suicide: A 15-year review of the sociological literature. Part I: Cultural and economic factors. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 30(2), 145-162.
- Tavares, J. V. T., Drevets, W. C. & Sahakian, B. J. (2003). *Cognition in mania and depression*. Cambridge University Press.
- van Hooft, E., Born, M. P. (2011). Intentional Response Distortion on Personality Tests: Using Eye-Tracking to Understand Response Processes When Faking. *Journal of Applied Psychology*, 97(2), <https://doi.org/10.1037/a0025711>
- Viswesvaran, C., & Ones, D. S. (1999). Meta-analyses of fakability estimates: Implications for personality measurement. *Educational and Psychological Measurement*, 59(2), 197–210. <https://doi.org/10.1177/00131649921969802>
- World Health Organization (WHO) (2021). Suicide. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- Zonda, T., Bozsonyi, K., Veres, E. (2005). Seasonal fluctuation of suicide in Hungary between 1970-2000. *Archives of Suicide Research*, 9(1), 77-85. <https://doi.org/10.1080/13811110590512967>
- Zuckerman, M., DePaulo, B. M., & Rosenthal, R. (1981). Verbal and nonverbal communication of deception. In L. Berkowitz. (Ed.), *Advances in experimental social psychology* (pp. 1–59). Academic Press.