

Męska depresja – koncepcja, metody pomiaru i związku z zachowaniami samobójczymi

Male depression – the concept, measurement tools and relationships with suicidal behaviours

Zakład Psychologii Zdrowia, Instytut Psychologii, Uniwersytet Łódzki, Polska

Adres do korespondencji: Jan Chodkiewicz, Instytut Psychologii, Uniwersytet Łódzki, ul. Smugowa 10/12, 91-433 Łódź, tel.: +48 605 346 935, e-mail: jan.chodkiewicz@poczta.onet.pl

Streszczenie

W artykule przedstawiono koncepcję atypowych objawów depresji występujących u mężczyzn. Ważnym źródłem tej koncepcji były doświadczenia wyniesione z programu diagnozowania i leczenia depresji wprowadzonego na Gotlandii (Szwecja) w latach 80. ubiegłego stulecia. Program, skierowany do lekarzy rodzinnych, zmniejszył liczbę zachowań samobójczych wśród kobiet, ale nie wśród mężczyzn. Przyjęto, że jedną z przyczyn takiego stanu rzeczy może być odmienny obraz depresji u obu płci. Różnice między płciami mogą odpowiadać za to, że depresja u mężczyzn znacznie częściej niż u kobiet pozostaje nierozpoznana i nieleczona, co prowadzi do zwiększenia liczby samobójstw. Wśród dominujących objawów depresji u mężczyzn wyróżniono wzrost impulsywności i zachowań agresywnych, nadużywanie substancji psychoaktywnych (alkohol, narkotyki, nikotyna), podejmowanie zachowań ryzykownych (jazda samochodem pod wpływem alkoholu, przypadkowe kontakty seksualne) oraz tłumienie emocji. Jako przyczyna występowania atypowej depresji u mężczyzn najczęściej wymieniane jest rygorystyczne podporządkowywanie się tradycyjnym męskim normom kulturowym. Normy te dotyczą odporności, wytrzymałości, konkurowania, opanowania i tłumienia uczuć oraz konieczności zapewnienia bytu rodzinie. W pracy omówiono najbardziej znane metody badania męskiej depresji – Gotland Male Depression Scale (GMDS) Rutza, Male Depression Risk Scale (MDRS-22) Rice'a i współpracowników oraz Masculine Depression Scale (MDS) Magovcevic i Addisa – a także przedstawiono wyniki badań prowadzonych z użyciem wspomnianych metod. Artykuł kończą refleksje dotyczące dalszych kierunków badań nad problemem męskiej depresji i opis kontrowersji związanych z omawianą koncepcją.

Słowa kluczowe: męska depresja, metody badania, role męskie

Abstract

The article presents the concept of atypical symptoms of depression occurring in men. An important source of the concept is the experience of the programme of diagnosis and treatment of depression which was carried out on Gotland (Sweden) in the 1980s. The programme, which was addressed to family practitioners, led to a reduction of suicidal behaviours in women. Among men, these behaviours did not change. It was assumed that one of the reasons for such an outcome could be a different picture of depression in both sexes. These differences could be responsible for the fact that depression in men remains undiagnosed and untreated more often than among women, leading to an increased number of suicides. Increased impulsivity, aggressive behaviour, substance abuse (alcohol, drugs, nicotine), taking risky behaviours (risky driving, casual sex) and suppression of emotions were distinguished among the dominant symptoms of male depression. The rigorous submission to the traditional male cultural roles is often mentioned as the cause of atypical depression in men. These standards refer to resistance, strength, competition, control over and suppression of feelings as well as the need to provide for the family. This article presents the most common methods to study male depression, i.e. the Gotland Male Depression Scale (GMDS) by Rutz, the Male Depression Risk Scale (MDRS-22) by Rice *et al.* and the Masculine Depression Scale (MDS) by Magovcevic and Addis. The results of research conducted with the use of these methods are also shown. The paper ends with reflections on further research on the problem of male depression and the controversy surrounding this issue.

Key words: male depression, measurement tools, male roles

WSTĘP

Zainteresowanie problematyką objawów atypowej depresji u mężczyzn istnieje dopiero od końca XX wieku i wynika przede wszystkim ze znaczących różnic międzypłciowych w odniesieniu do diagnozowania tego zaburzenia oraz wskaźników prób samobójczych zakończonych śmiercią. Od wielu lat wiadomo bowiem, że depresję diagnozuje się dużo częściej u kobiet niż u mężczyzn, podczas gdy wskaźnik dokonanych samobójstw wykazuje prawidłowość odwrotną (Centers for Disease Control and Prevention, 2015; Nolen-Hoeksema, 2001; Rutz, 1999; Rutz i Rihmer, 2007). Liczne analizy wskazują, że mężczyźni umierają w wyniku podjętych prób samobójczych 3–10 razy częściej niż kobiety; prawidłowość ta zauważalna jest we wszystkich grupach wiekowych, a w niektórych krajach, takich jak Węgry, Litwa, Łotwa i Białoruś, przewaga śmierci w wyniku próby samobójczej jest u mężczyzn szczególnie znacząca (Blisker i White, 2011; Sher, 2015). Wśród prób tłumaczenia tej rozbieżności pojawia się hipoteza, zgodnie z którą depresja u mężczyzn ma odmienny niż u kobiet obraz kliniczny. W obrazie tym występuje więcej objawów nieswoistych, słabiej zauważalnych dla otoczenia i trudniejszych do zdiagnozowania. Ponadto objawy te są mocno powiązane z normami społecznymi i rolami tradycyjnie przypisywanymi mężczyznom.

KONCEPCJA MĘSKIEJ DEPRESJI I JEJ DETERMINANTY

Jednym ze źródeł koncepcji atypowej depresji występującej u mężczyzn są wnioski z programu diagnozowania i leczenia depresji wprowadzonego na Gotlandii (Szwecja) w latach 80. ubiegłego stulecia. Na wyspie tej wraz z pojawieniem się niekorzystnych zmian społecznych (przede wszystkim większego bezrobocia, migracji i spadku poziomu życia) zauważono wzrost zachowań samobójczych, absencji w pracy, hospitalizacji psychiatrycznych, a także używania leków uspokajających. W związku z tym Szwedzki Komitet ds. Zapobiegania i Leczenia Depresji (*Swedish Committee for the Prevention and Treatment of Depression, PTD*) zorganizował program szkoleniowy dotyczący wczesnego diagnozowania i leczenia depresji, przeznaczony dla wszystkich lekarzy pierwszego kontaktu pracujących na wyspie. Realizacja programu odwołującego się do typowych objawów depresji doprowadziła do znaczących sukcesów – częstotliwość samobójstw istotnie spadła, podobnie jak długość absencji w pracy z powodu depresji. Ponadto wzrosła liczba przepisywanych leków antydepresyjnych, a spadła intensywność używania leków nasennych i uspokajających. Wyniki programu dostarczyły dowodów na to, że wczesne rozpoznanie i odpowiednie leczenie depresji są ważnymi sposobami zapobiegania samobójstwom – gdy program został przerwany, liczba samobójstw ponownie wzrosła. Szczegółowa analiza rezultatów wskazała jednak, iż znaczące zmiany w omawianym obszarze wystąpiły głównie

u kobiet; zachowania samobójcze mężczyzn się nie zmieniły i były równie drastyczne jak poprzednio. Ponadto znaczna część mężczyzn, którzy popełnili samobójstwo w czasie realizacji programu, nie korzystała z żadnej pomocy medycznej, choć wielu z nich było znanych policji i opiece społecznej (z powodu ekscesów alkoholowych, zachowań agresywnych czy przemocy domowej).

Podobne rezultaty otrzymano w latach 90. – w kolejnym programie edukacyjnym przeznaczonym dla lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej na Gotlandii. Także ten program doprowadził do spadku liczby samobójstw, głównie u kobiet. Analizując uzyskane wyniki, badacze doszli do wniosku, iż mogą za nie odpowiadać różnice objawów w męskim i żeńskim zespole depresyjnym, co prowadzi do trudności w diagnozowaniu i leczeniu (Rutz *et al.*, 1995, 1997). Do podobnych wniosków doszli badacze amerykańscy. W jednej z ważnych i szeroko cytowanych prac poświęconych tej tematyce Cochran i Rabinowitz (2003) zwracają uwagę, że depresja u mężczyzn znacznie częściej niż u kobiet pozostaje nierozpoznana i nieleczona, co może być przyczyną zwiększonej liczby samobójstw.

Informacji o różnicach między mężczyznami a kobietami w odniesieniu do objawów depresji i zachowań samobójczych dostarczają również wyniki badań porównawczych. Badania te wskazują, że skłonność do dziedziczenia zachorowania na dużą depresję jest istotnie (42% vs 29%) wyższa u kobiet w porównaniu z mężczyznami (Kendler *et al.*, 2006). Kobiety wśród przyczyn depresji częściej wymieniają problemy i konflikty interpersonalne, podczas gdy mężczyźni – problemy zawodowe i prawne (Addis i Mahalik, 2003). Różnice między płciami związane są też z samym przeżywaniem depresji – u kobiet notuje się większą liczbę objawów internalizacyjnych, z kolei u mężczyzn przeważają symptomy eksternalizacyjne (Genuchi i Mitsunaga, 2015). Różnice obejmują także współwystępujące z depresją objawy hipochondryczne, które częściej pojawiają się u kobiet (m.in. Silverstein, 2002).

W odniesieniu do zachowań samobójczych różnice między płciami dotyczą nie tylko rozpowszechnienia. Jedynie u mężczyzn wykazano ujemny związek wysokości dochodu *per capita* z zachowaniami samobójczymi (Sher, 2006). Mężczyźni znacząco częściej niż kobiety popełniają samobójstwa, będąc pod wpływem alkoholu i narkotyków, silniejszy jest również u nich związek między nadużywaniem i uzależnieniem od substancji psychoaktywnych a zachowaniami i tendencjami suicydalnymi (m.in. Payne *et al.*, 2008). Ponadto mężczyźni przed dokonaniem samobójstwa istotnie rzadziej poszukują pomocy w placówkach zajmujących się zdrowiem psychicznym, rzadziej też zgłaszają się do profesjonalistów z powodu depresji (Addis, 2008; Luoma *et al.*, 2002).

Na występowanie specyficznej męskiej depresji mogą też wskazywać wypowiedzi samych pacjentów, którzy próbowali popełnić samobójstwo. Przykładowo Cleary (2012) przeprowadziła w szpitalach psychiatrycznych pogłębione wywiady z 52 młodymi mężczyznami mającymi za sobą

poważną próbę samobójczą. Mężczyźni ci zgodnie mówili, iż przed podjęciem decyzji o pozabawieniu się życia przez dłuższy lub krótszy czas doświadczali bardzo wysokiego poziomu emocjonalnego cierpienia (ból), którego jednak nie ujawniali otoczeniu; nie potrafili także dokładnie zidentyfikować swoich objawów ani nie szukali pomocy. Aby poradzić sobie z odczuwanym bólem psychicznym, badani wykorzystywali najczęściej alkohol lub narkotyki, co jeszcze pogarszało ich stan, aż w końcu doprowadzało do sytuacji, w której śmierć wydawała się jedynym wyjściem. Taki sposób reagowania na psychiczne cierpienie jest zdecydowanie bardziej typowy dla mężczyzn.

Na końcu tego porównania warto zauważyć, że depresja u kobiet znacznie częściej jest przedmiotem badań naukowych niż depresja u mężczyzn – analiza baz danych wskazuje na stosunek 2:1 lub 3:1 (Addis, 2008). Ponadto w większości dotychczasowych publikacji, w których porównywano depresję u kobiet i mężczyzn, próbowano odpowiedzieć na pytanie, dlaczego to kobiety chorują częściej, z pominięciem możliwych międzypłciowych różnic w objawach.

OBJAWY ATYPOWEJ DEPRESJI U MĘŻCZYŹN I NARZĘDZIA JEJ BADANIA

Jak więc można opisać objawy depresji u mężczyzn? Zdaniem badaczy tej problematyki w obrazie klinicznym męskiej depresji w znacznie większym stopniu niż u kobiet występują: agresywność, wybuchy złości, nadużywanie substancji psychoaktywnych (alkohol, narkotyki, nikotyna) i podejmowanie zachowań ryzykownych (nadmierne zaangażowanie w pracę, nadaktywność fizyczna, ryzykowna jazda samochodem, ryzykowne kontakty seksualne). Wśród dominujących objawów mogą się też pojawić: znaczny spadek odporności na stres, wypalenie zawodowe, subiektywne poczucie stałej presji i napięcia, wycofanie z relacji rodzinnych i przyjacielskich oraz niewystępujące wcześniej (albo występujące w znacznie mniejszym stopniu) problemy z kontrolą impulsów. Z kolei istotnie rzadziej niż u kobiet obserwuje się u mężczyzn odczuwanie i sygnalizowanie smutku, poczucia winy, bezradności i beznadziejności. Mężczyźni depresyjni mogą znacznie silniej niż wcześniej tłumić wszelkie – zwłaszcza przykre – emocje oraz cierpieć na nieokreślone dolegliwości somatyczne (m.in. Magovcevic i Addis, 2008; Martin *et al.*, 2013; Rice *et al.*, 2013; Rutz *et al.*, 1997; Sher, 2006; Walinder i Rutz, 2001; Winkler *et al.*, 2005). Oczywiście objawy te nie występują u wszystkich depresyjnych mężczyzn – można wśród nich znaleźć osoby cierpiące na depresję z dominacją objawów typowych oraz takie, u których spotyka się objawy zarówno typowe, jak i atypowe (por. Martin *et al.*, 2013).

Taka konceptualizacja męskiej depresji pociągnęła za sobą próby jej badania, a co za tym idzie – stworzenia odpowiednich metod diagnostycznych. Najbardziej znanym narzędziem jest Gotland Male Depression Scale (GMDS) Rutza (Rutz, 1999; Rutz *et al.*, 1995). Skala ta składa się

z 13 twierdzeń opisujących objawy depresji pojawiające się u badanego w ciągu ostatniego miesiąca. Pozycje dotyczą zarówno typowych objawów depresji, takich jak odczuwanie niepokoju, problemy ze snem, zmęczenie, trudności z podejmowaniem decyzji, tendencje do użalania się nad sobą, jak i symptomów atypowych, takich jak odczuwanie nadmiernego stresu, wypalenia i frustracji, trudności z panowaniem nad sobą, nadużywanie alkoholu i leków, zwiększenie aktywności przez nadmierną pracę i (lub) wysiłek fizyczny, a także zmiany dotychczasowego funkcjonowania zauważane przez osobę badaną i jej bliskich. Jedna pozycja odnosi się do występowania w rodzinie tendencji do odczuwania przygnębienia lub depresji oraz podejmowania prób samobójczych i niebezpiecznych zachowań. Skala, charakteryzująca się dobrymi właściwościami psychometrycznymi, została zaadaptowana w kilku krajach, m.in. we Włoszech, Chinach, Islandii. Również polska adaptacja, dokonana przez Chodkiewicza, wskazuje na dobre właściwości psychometryczne skali (por. Rol i Chodkiewicz, 2015). Kolejną metodą jest Male Depression Risk Scale (MDRS-22) autorstwa Rice'a i wsp. (2013). Skala ta, zawierająca 40 pozycji testowych, składa się z 6 podskal – oceniających poziom tłumienia emocji, zażywania narkotyków, nadużywania alkoholu, przejawów gniewu i agresji, odczuwania objawów somatycznych (np. nieokreślone bóle, bóle głowy, brzucha) i podejmowania zachowań ryzykownych (np. jazda samochodem pod wpływem alkoholu, przypadkowe kontakty seksualne). Jak podają autorzy, właściwości psychometryczne narzędzia są w pełni zadowalające.

Ostatnią wartą wspomnienia metodą jest Masculine Depression Scale (MDS) Magovcevic i Addisa (2008). W skali, składającej się z 44 pozycji testowych, wyodrębniono dwa czynniki – internalizację i eksternalizację. Pytania w ramach pierwszego czynnika dotyczą m.in. odczuwania napięcia, izolacji społecznej, tłumienia emocji i występowania dolegliwości somatycznych. Z kolei podskala eksternalizacji zawiera pozycje związane m.in. z zachowaniami agresywnymi, spożywaniem alkoholu i narkotyków oraz nadaktywnością seksualną. Skala charakteryzuje się dobrymi właściwościami psychometrycznymi.

GENEZA MĘSKIEJ DEPRESJI

Jako przyczyna występowania atypowej depresji u mężczyzn, poza czynnikami hormonalnymi (np. poziomem testosteronu), najczęściej wymieniane jest rygorystyczne podporządkowywanie się tradycyjnym normom kulturowymi i społecznym. Normy te w odniesieniu do mężczyzn dotyczą niezależności, waleczności, konkurowania, wytrzymałości psychicznej i fizycznej (także na ból), opanowania i tłumienia uczuć oraz unikania wszystkiego, co „kobiece” (m.in. Cohran i Rabinowitz, 2003; Magovcevic i Addis, 2008; Rice *et al.*, 2013; Sher, 2015). Niektórzy autorzy do wspomnianych norm zaliczają też konieczność podejmowania ryzyka, agresywność, liczne kontakty i podboje seksualne, dominację nad kobietami, wyraźną i manifestowaną

niechęć do homoseksualistów, samodzielność, przywiązanie do pracy oraz zdobywanie i utrzymanie statusu społecznego (Mahalik *et al.*, 2003; Thompson *et al.*, 1992).

Związki przestrzegania norm męskich z atypowymi objawami depresji mogą być wielorakie – jeśli np. klasyczne objawy depresji (smutek, płaczliwość) postrzegane są jako niemęskie przejawy słabości, pojawia się tendencja do ich tłumienia, ukrywania przed otoczeniem lub łagodzenia środkami psychoaktywnymi (Addis, 2008; Magovcevic i Addis, 2008; Möller-Leimkühler *et al.*, 2009). Związki mogą też obejmować zdolność wykrywania u siebie objawów depresji – wykazano na przykład, że mężczyźni ściśle przestrzegający normy dotyczącej konieczności panowania nad emocjami mają większe trudności zarówno z rozpoznawaniem własnego obniżenia nastroju, jak i świadomego odczuwania żalu i smutku (m.in. Levant *et al.*, 2003). Ponadto osoby, które uważają, że „z problemami należy radzić sobie samemu”, dużo później (o ile w ogóle) proszą o pomoc otoczenie, co może znacząco pogorszyć sytuację osobistą, rodzinną i finansową chorego, wydłużyć czas terapii oraz zwiększyć ryzyko samobójstwa (Addis, 2008).

Zwolennicy koncepcji mówiącej o związku „atypowa depresja – socjalizacja” w zakresie męskich norm powołują się także na następującą prawidłowość: w przypadku dzieci liczba zachorowań na depresję jest u obu płci taka sama, a nawet notuje się niewielką przewagę depresji u chłopców. Ów trend ulega drastycznej zmianie w okresie dojrzewania, wraz z podejmowaniem prób zachowań adekwatnych dla własnej płci. Zmiana ta utrzymuje się przez kolejne 35–40 lat (Cyranowski *et al.*, 2000). Dopiero w okresie dojrzewania uwidacznia się u chłopców wyraźna zależność między zachowaniami agresywnymi i samobójczymi (Vannatta, 1997).

Wspomniane zależności próbowano potwierdzać także w badaniach, jednak ich liczba jest stosunkowo niewielka. Okazało się, że wynik w teście mierzącym ryzyko zachorowania na męską depresję (MDRS) korelował dodatnio z konformizmem wobec wspomnianych wyżej norm, mierzonym za pomocą Conformity to Masculine Norms Inventory (CMNI) Mahalika i wsp. Szczególnie silne związki zanotowano między wiernością typowym męskim normom kulturowym a zachowaniami ryzykownymi oraz przejawami gniewu i agresji (Rice *et al.*, 2013). Podobnie Magovcevic i Addis (2008) wykazali dodatnie związki między podskala „eksternalizacja” (MDS) a wynikami w skalach dotyczących wyznawania i przestrzegania wyżej wymienionych „męskich” norm (mierzonych dwiema niezależnymi metodami – CMNI oraz Male Role Norms Scale, MRNS, Thompsona i Plecka). Co ważne, we wspomnianym badaniu nie wykazano podobnych zależności w odniesieniu do skali Becka (*Beck Depression Inventory*, BDI), mierzącej klasyczne objawy depresji; wszystkie korelacje były nieistotne statystycznie. Z kolei w innym badaniu, w którym użyto tej samej metody, odnotowano istotne różnice między kobietami a mężczyznami w obrębie podskali „eksternalizacja”

– u mężczyzn wyniki były znacząco wyższe (Genuchi i Mitsunaga, 2015).

Wspomniana zależność prowadzi także do wniosków terapeutycznych. W jednej z ostatnio opublikowanych prac na temat poznawczo-behawioralnej terapii depresji u mężczyzn postuluje się podjęcie pracy z przekonaniem dotyczącymi stereotypowych ról i zachowań męskich. Zdaniem autora może to zarówno poprawić relację terapeutyczną (pacjenci w mniejszym stopniu będą ukrywali objawy, nie będą się ich wstydzili), jak i zmniejszyć ryzyko nawrotu depresji (Spendelov, 2015).

PROFILAKTYKA, KONTROWERSJE I DALSE KIERUNKI BADAŃ

Zwrócenie uwagi na atypowe – głównie eksternalizacyjne – objawy depresji u mężczyzn było przesłanką do zainicjowania w roku 2003 przez amerykański National Institute of Mental Health (NIMH) szeroko zakrojonej kampanii „Real Men. Real Depression”. Inicjatorzy kampanii postawili sobie dwa cele: podniesienie świadomości społecznej odnośnie do objawów i leczenia depresji u mężczyzn oraz pogłębienie wiedzy lekarzy rodzinnych dotyczącej wspomnianego problemu, a także jego diagnozowania i leczenia. Kampania polegała na emisji filmów, specjalnych programów informacyjnych w radiu i telewizji, wydawaniu broszur oraz prowadzeniu strony internetowej. Informowano m.in. o przebiegu i objawach depresji u mężczyzn w różnym wieku oraz plusach i minusach podjęcia psychoterapii i farmakoterapii. Zainteresowanie problematyką było ogromne i znacznie przewyższyło oczekiwania (m.in. Rochlen *et al.*, 2005).

Kończąc rozważania dotyczące depresji u mężczyzn, musimy zwrócić uwagę na ograniczenia i kontrowersje związane z omawianą koncepcją. W literaturze można bowiem spotkać znaczące różnice w jej ocenie. Przykładowo w książce *I Don't Want to Talk About It: Overcoming the Secret Legacy of Male Depression* Real (1997, za: Addis, 2008) wysuwa tezę, że to właśnie nierozpoznana i nieleczone depresja może być głównym motorem takich typowo męskich problemów, jak alkoholizm, zaburzenia seksualne, niektóre choroby somatyczne, stosowanie przemocy domowej i załamanie się kariery zawodowej. Addis (2008) poddaje jednak koncepcję męskiej depresji krytyce: uważa, że koncepcja ta opiera się na dychotomicznym podziale „męska – kobieca depresja”, bez uwzględnienia możliwych stanów pośrednich. Autor podkreśla, że koncepcję weryfikowano głównie na podstawie badań osób zdrowych (często studentów), a nie chorych z rozpoznaną depresją. Wiele uwag dotyczy narzędzi diagnostycznych, szczególnie ich trafności. Addis sądzi wreszcie, że badanie atypowych objawów wszelkich zaburzeń stwarza duże trudności metodologiczne i merytoryczne, dotyczące zwłaszcza różnicowania zaburzeń – i należy to odnieść również do męskiej depresji (Addis, 2008). Ponadto w literaturze przedmiotu można spotkać badania wskazujące na brak różnic między mężczyznami i kobietami w obrębie objawów depresji uważanych

za typowo męskie (Möller-Leimkühler i Yücel, 2010; por. też Martin *et al.*, 2013). Istotne jest także zwrócenie uwagi, iż opisane objawy eksternalizacyjne niekoniecznie muszą świadczyć o występowaniu depresji, lecz mogą być skutkiem innych zaburzeń, w tym uzależnienia od alkoholu. Z powyższych przyczyn Möller-Leimkühler i wsp. (2009) oraz Addis (2008) stwierdzają, że potrzebne są kolejne, pogłębione studia tematu męskiej depresji, uwzględniające m.in. różne grupy wiekowe i etniczne, osoby zdrowie i chore, a także możliwość współwystępowania zaburzeń (m.in. zaburzeń osobowości, pierwotnych uzależnień i ADHD). Wspomniani autorzy zgadzają się jednak, że depresyjni mężczyźni rzadziej niż kobiety szukają pomocy i częściej stosują dysfunkcyjne wzorce radzenia sobie ze stresem, a diagnostyka koncentruje się w większym stopniu na objawach typowych dla kobiet. Temat ten jest więc bez wątpienia wart dalszych poszukiwań.

Konflikt interesów

Autorzy nie zgłaszają żadnych finansowych ani osobistych powiązań z innymi osobami lub organizacjami, które mogłyby negatywnie wpłynąć na treść publikacji oraz rościć sobie prawo do tej publikacji.

Piśmiennictwo

- Addis ME: Gender and depression in men. *Clin Psychol Sci Prac* 2008; 15: 153–168.
- Addis ME, Mahalik JR: Men, masculinity, and the contexts of help seeking. *Am Psychol* 2003; 58: 5–14.
- Blisker D, White J: The silent epidemic of male suicide. *B C Med J* 2011; 53: 529–534.
- Centers for Disease Control and Prevention: Suicide: Facts at a Glance. Available from: <http://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/Suicide-DataSheet-a.pdf> [Accessed 20 December 2015].
- Cleary A: Suicidal action, emotional expression, and the performance of masculinities. *Soc Sci Med* 2012; 74: 498–505.
- Cochran SV, Rabinowitz FE: Gender-sensitive recommendations for assessment and treatment of depression in men. *Prof Psychol Res Pr* 2003; 34: 132–140.
- Cyranowski JM, Frank E, Young E *et al.*: Adolescent onset of the gender difference in lifetime rates of major depression: a theoretical model. *Arch Gen Psychiatry* 2000; 57: 21–27.
- Genuchi MC, Mitsunaga LK: Sex differences in masculine depression: externalizing symptoms as a primary feature of depression in men. *J Mens Stud* 2015; 23: 243–251.
- Kendler KS, Gatz M, Gardner CO *et al.*: A Swedish national twin study of lifetime major depression. *Am J Psychiatry* 2006; 163: 109–114.
- Levant RF, Richmond K, Majors RG *et al.*: A multicultural investigation of masculinity ideology and alexithymia. *Psychol Men Masc* 2003; 4: 91–99.
- Luoma JB, Martin CE, Pearson JL: Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence. *Am J Psychiatry* 2002; 159: 909–916.
- Magovcevic M, Addis ME: The Masculine Depression Scale: development and psychometric evaluation. *Psychol Men Masc* 2008; 9: 117–132.
- Mahalik JR, Locke BD, Ludlow LH *et al.*: Development of the conformity to masculine norms inventory. *Psychol Men Masc* 2003; 4: 3–25.
- Martin LA, Neighbors HW, Griffith DM: The experience of symptoms of depression in men vs women: analysis of the National Comorbidity Survey Replication. *JAMA Psychiatry* 2013; 70: 1100–1106.
- Möller-Leimkühler AM, Yücel M: Male depression in females? *J Affect Disord* 2010; 121: 22–29.
- Möller-Leimkühler AM, Paulus NC, Heller J: Male Depression bei jungen Männern. *Blickpunkt der Mann* 2009; 7: 15–20.
- Nolen-Hoeksema S: Gender differences in depression. *Curr Dir Psychol Sci* 2001; 10: 173–176.
- Payne S, Swami V, Stanistreet DL: The social construction of gender and its influence on suicide: a review of the literature. *J Mens Health* 2008; 5: 23–35.
- Rice SM, Fallon BJ, Aucote HM *et al.*: Development and preliminary validation of the Male Depression Risk Scale: furthering the assessment of depression in men. *J Affect Disord* 2013; 151: 950–958.
- Rochlen AB, Whilde MR, Hoyer WD: The Real Men. *Real Depression: overview, theoretical implications, and research considerations.* *Psychol Men Masc* 2005; 6: 186–194.
- Rol P, Chodkiewicz J: Objawy atypowej depresji u mężczyzn uzależnionych od alkoholu – rola agresywności, impulsywności i bólu psychicznego. *Postępy Psychiatr Neurol* 2015; 24: 199–207.
- Rutz W: Improvement of care for people suffering from depression: the need for comprehensive education. *Int Clin Psychopharmacol* 1999; 14 Suppl 3: S27–S33.
- Rutz W, Rihmer Z: Suicidality in men – practical issues, challenges, solutions. *J Mens Health Gend* 2007; 4: 393–401.
- Rutz W, von Knorring L, Pihlgren H *et al.*: An educational project on depression and its consequences: is the frequency of major depression among Swedish men underrated, resulting in high suicidality? *Primary Care Psychiatry* 1995; 1: 59–63.
- Rutz W, Wälinder J, Von Knorring L *et al.*: Prevention of depression and suicide by education and medication: impact on male suicidality. An update from the Gotland study. *Int J Psychiatry Clin Pract* 1997; 1: 39–46.
- Sher L: Per capita income is related to suicide rates in men but not in women. *J Mens Health Gend* 2006; 3: 39–42.
- Sher L: Suicide in men. *J Clin Psychiatry* 2015; 76: e371–e372.
- Silverstein B: Gender differences in the prevalence of somatic versus pure depression: a replication. *Am J Psychiatry* 2002; 159: 1051–1052.
- Spendlow JS: Cognitive-behavioral treatment of depression in men: tailoring treatment and directions for future research. *Am J Mens Health* 2015; 9: 94–102.
- Thompson EH Jr, Pleck JH, Ferrera DL: Men and masculinities: scales for masculinity ideology and masculinity-related constructs. *Sex Roles* 1992; 27: 573–607.
- Vannatta RA: Adolescent gender differences in suicide-related behaviors. *Journal of Youth and Adolescence* 1997; 26: 559–568.
- Wälinder J, Rutz W: Male depression and suicide. *Int Clin Psychopharmacol* 2001; 16: S21–S24.
- Winkler D, Pjrek E, Kasper S: Anger attacks in depression – evidence for a male depressive syndrome. *Psychother Psychosom* 2005; 74: 303–307.