

Skala Męskiej Depresji GSDS-26 – polska adaptacja i walidacja narzędzia oraz związki ze stereotypami płci

The Gender-Sensitive Depression Screening GSDS-26 – Polish adaptation and validation of the tool and links to gender stereotypes

Jan Chodkiewicz¹, Joanna Miniszewska¹, Monika Talarowska¹,
Michał Seweryn Karbownik², Anne Maria Möller-Leimkühler³

¹Uniwersytet Łódzki, Wydział Nauk o Wychowaniu, Instytut Psychologii,

²Zakład Farmakologii i Toksykologii, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

³Ludwig-Maximilians-Universität in München,
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Niemcy

Summary

Aim. The study aimed to create a Polish version of the Gender-Sensitive Depression Screening (GSDS-26) by AM Möller-Leimkühler and to assess its validity and reliability. The tool measures the overall level of depression and the following factors: depressiveness, stress perception, aggressiveness, emotional control, alcohol consumption, and risky behavior. The relationships between depression measured by the GSDS 25 and the subjects' adjustment to stereotypical male roles were also checked.

Method. The study included 1,087 participants – 746 men and 341 women from a non-clinical group. In addition to the adapted method, the Beck's Depression Inventory (BDI), Gotland Male Depression Scale (GMDS) by Rutz and Conformity to Masculine Norms Inventory (CMNI-22) by Mahalik were used.

Results. The results of the exploratory and confirmatory factor analysis confirmed the adopted six-factor structure. Cronbach's alpha coefficients were satisfactory and comparable to the original version, i.e., the overall score was $\alpha = 0.92$, the score for five of the six subscales α was between 0.80 and 0.85, and for the alcohol consumption subscale $\alpha = 0.63$. The GSDS-26 scores, as in the original, showed weak to moderate associations with the subjects' adjustment to stereotypical male roles.

Conclusions. The GSDS-26 has satisfactory psychometric properties and is suitable for use in studies of levels of depression specific to men.

Słowa kluczowe: Skala GSDS-26, depresja u mężczyzn, polska adaptacja

Keywords: GSDS-26, male depression, Polish adaptation

Wprowadzenie

Dane z literatury przedmiotu wskazują, że depresja diagnozowana jest u kobiet 2–3 razy częściej niż u mężczyzn [1–3]. Jednocześnie, szczególnie od końca XX wieku, zwraca się coraz większą uwagę na fakt, iż u części mężczyzn występować mogą odmienne jej objawy niż u kobiet [4, 5].

Zainteresowanie wspomnianymi różnicami wynika z wielu przyczyn, wśród których na pierwszym miejscu wyróżnić należy tak zwany paradoks płci (*gender paradox*) [6, 7]. Polega on na tym, iż w większości krajów na świecie liczba zakończonych śmiercią prób samobójczych u mężczyzn przewyższa tę liczbę u kobiet [8–10] od 2 do 6 razy, podczas gdy więcej kobiet niż mężczyzn zgłasza myśli samobójcze. W Polsce przewaga ta jest szczególnie wysoka, gdyż jak wskazują policyjne statystyki [11], w 2022 roku śmiercią samobójczą zmarło 5108 osób, z czego 4261 mężczyzn i 847 kobiet (5:1). Zbliżone do podanych wartości liczbowe oraz relacje między płciami ujawniane są w naszym kraju w każdym roku.

Kiedy weźmie się pod uwagę powyższe dane zasadne wydaje się pytanie, czy niższy wskaźnik diagnozy depresji u mężczyzn odpowiada jej rzeczywistemu rozpowszechnieniu, czy też jedną z przyczyn (poza czynnikami biologicznymi i psychospołecznymi, takimi jak np. rzadsze poszukiwanie pomocy przez mężczyzn) takiego stanu rzeczy nie jest koncentracja w klinicznej diagnozie na prototypowych objawach depresji, które były tworzone w oparciu o dane pochodzące w większości od depresyjnych kobiet [12].

Za takim ujęciem przedstawianej problematyki przemawiają również doświadczenia wprowadzonego na Gotlandii (Szwecja) w latach 80. ubiegłego wieku programu wczesnego diagnozowania depresji oraz prewencji samobójstw. Program ten, przeznaczony był dla lekarzy pierwszego kontaktu, a skoncentrowany na typowych objawach depresji. Jego wdrożenie doprowadziło do korzystnych zmian w zakresie zmniejszenia częstości zachowań suicydalnych oraz rozpoznawania i leczenia zaburzeń afektywnych prawie wyłącznie wśród kobiet, niewiele zmieniając sytuację w tym zakresie w przypadku mężczyzn. Ewaluacja programu doprowadziła autorów do wniosku, że przyczyną jego niepowodzenia mogą być różnice w zakresie symptomatologii między męskim i żeńskim zespołem depresyjnym, co prowadzi do trudności w prawidłowym diagnozowaniu i leczeniu pacjentów płci męskiej. Podstawowych różnic upatrywano w dominacji u wielu depresyjnych mężczyzn objawów atypowych i eksternalizacyjnych – przede wszystkim złości, drażliwości, zachowań agresywnych i ryzykownych oraz nadużywania alkoholu i innych substancji psychoaktywnych [13–16]. Zauważyć należy, że badania prowadzone obecnie również potwierdzają te doniesienia [17–20].

Stwierdzenie objawów depresji wymienianych w najczęściej stosowanych narzędziach do jej badania, na przykład w Kwestionariuszu Zdrowia Pacjenta (*Patient Health Questionnaire*, PHQ-9), Skali Depresji Becka (*Beck Depression Inventory*, BDI; BDI-II), Kwestionariuszu Ogólnego Zdrowia (*General Health Questionnaire*, GHQ-28), Szpitalnej Skali Lęku i Depresji (*The Hospital Anxiety and Depression Scale*, HADS), opiera się głównie na takich symptomach jak: obniżenie nastroju, smutek, płaczliwość, poczucie winy, brak energii, apatia i utrata zainteresowań, zatem odzwierciedlających typowe dla kobiet, a istotnie rzadziej zgłaszane przez mężczyzn

internalizacyjne objawy zaburzeń depresyjnych [m.in. 20–23]. Z powyższych przyczyn podjęto próby tworzenia metod do badania depresji u mężczyzn, odwołujących się w większym stopniu do jej objawów eksternalizacyjnych.

Najbardziej znaną metodą diagnostyczną pozwalającą na ocenę nasilenia objawów depresji u mężczyzn jest Gotlandzka Skala Męskiej Depresji (*Gotland Male Depression Scale*, GMDS) autorstwa Rutza [15, 24]. Metoda, pomyślana jako narzędzie przesiewowe przeznaczone dla lekarzy pierwszego kontaktu, zdobyła sobie dużą popularność [25–27]. Do dziś dokonano jej licznych adaptacji, w tym adaptacji polskiej [28]. Jednakże narzędzie to, podobnie jak inne, również stosowane w badaniach wspomnianego obszaru ma ograniczenia, takie jak zbyt skrótowy i niejasny opis objawów eksternalizacyjnych, ignorowanie prototypowych objawów depresji, brak punktów odcięcia, zbyt małe i wyłącznie męskie próbki walidacyjne czy zbyt kategoriyczny format odpowiedzi [12, 29, 30].

Próbę wyjścia poza wymienione wyżej ograniczenia i stworzenia rzetelnego i krótkiego narzędzia do badania depresji u mężczyzn podjęli autorzy *Gender-Sensitive Depression Screening* (GSDS) [12, 31].

Pierwsza wersja GSDS zawierała 33 twierdzenia odnoszące się do prototypowych oraz eksternalizacyjnych symptomów, których częstotliwość oceniano na 4-punktowej skali Likerta (0 = nigdy lub rzadko; 1 = czasami; 2 = przeważnie cały czas i 3 = zawsze). Tworząc narzędzie, ze współczesnych badań nad depresją u mężczyzn wywiedziono siedem hipotetycznych konstruktów: depresyjność („klasyczne” objawy), odczuwanie stresu, kontrolę (tłumienie) emocji, agresywność, spożywanie alkoholu, zachowania ryzykowne i nadpobudliwość. Skala GSDS-33 została zweryfikowana w trzech obszernych niemieckich niepsychiatrycznych próbach mężczyzn i kobiet. Za wyjątkiem nadpobudliwości, wszystkie hipotetyczne konstrukty zostały potwierdzone eksploracyjną analizą czynnikową, która ujawniła strukturę sześcioczynnikową, co spowodowało redukcję itemów skali do 26 [12, 31].

Ostateczna wersja GSDS-26 składa się więc z następujących podskal: depresyjność (itemy 1, 3, 4, 5, 23), odczuwanie stresu (10, 12, 19, 21, 24), agresywność (2, 8, 9, 13, 15, 17), kontrola emocji (6, 7, 18, 20), spożywanie alkoholu (11, 14, 16) oraz zachowania ryzykowne (22, 25, 26). We wszystkich trzech badaniach niemieckich spójność wewnętrzna GSDS-26 była wysoka ($\alpha = 0,88$), a wyniki podskal zadowalające (od $\alpha = 0,60$ do $\alpha = 0,87$) [12]. Trafność GSDS-26 została potwierdzona istotnymi korelacjami ze standardowym narzędziem przesiewowym depresji, a w odniesieniu do tradycyjnych ról męskich, do których dostosowywanie się uważane jest za jedną z przyczyn depresji u mężczyzn, umiarkowanymi/słabymi korelacjami z *Male Role Norms Scale* (MRNS) Thompsona i Plecka [32]. Ustalono również punkt odcięcia na 20,5 punktu, zarówno dla kobiet, jak i dla mężczyzn. Niemieckie badania walidacyjne wykazały również, iż GSDS-26 jest bardziej czułym narzędziem przesiewowym dla diagnozy objawów depresji u mężczyzn niż jednowymiarowe, standardowe narzędzia diagnostyczne [12, 31].

Celem prezentowanego badania było dokonanie polskiej adaptacji i walidacji skali GSDS-26 oraz ocena jej związków z wybranymi narzędziami do pomiaru nasilenia objawów depresji oraz natężeniem stereotypów dotyczących męskich ról. Badanie

to jest pierwszym prowadzonym poza Niemcami dużym badaniem walidacyjnym. Na jego przeprowadzenie uzyskano zgodę Komisji Bioetyki Badań Naukowych UŁ (Uchwała NR 12/KBBN-UŁ/II/2021-22).

Material i metoda

W badaniu prowadzonym w latach 2021–2022 wzięły udział 1194 pełnoletnie osoby z grupy nieklinicznej pochodzące z różnych regionów Polski. Jednak po wykluczeniu osób ($n = 107$), które podały, iż aktualnie leczą się psychiatrycznie, w badanej grupie pozostało 1087 osób – 746 mężczyzn (68,63%) oraz 341 kobiet (31,32%). Wśród badanych byli zarówno studenci różnych uczelni (z wyjątkiem studentów psychologii), jak i osoby pracujące oraz bezrobotne. Średni wiek badanych wynosił 30,46 roku ($SD = 10,08$), najmłodszy uczestnik miał 18, najstarszy 75 lat. Nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic między wiekiem badanych kobiet i mężczyzn.

W badaniach oprócz walidowanej metody zastosowano polskie adaptacje następujących narzędzi:

- *Inwentarz Depresji Becka (BDI)* w adaptacji Parnowskiego i Jernajczyka [33]. Metoda ta służy do określenia subiektywnego nasilenia objawów depresji. Zawiera 21 stwierdzeń, z których każde jest oceniane w przedziale 0–3 punktów. Im wyższy rezultat, tym większe nasilenie symptomów depresyjnych, a wynik powyżej 12 punktów sugeruje możliwość wystąpienia depresji. W prezentowanym badaniu wartość współczynnika α Cronbacha wyniosła 0,91.
- *Gotland Male Depression Scale (GMDS)* Rutza [15, 24] w polskiej adaptacji Chodkiewicza [28]. Składa się ona z 13 twierdzeń opisujących objawy występujące u osoby badanej w ciągu miesiąca poprzedzającego badanie. Pozycje dotyczą m.in. odczuwania niepokoju, zmęczenia, nadmiernego stresu, frustracji, trudności z panowaniem nad sobą, nadużywania alkoholu, a także zmian dotychczasowego funkcjonowania zauważanych przez badanego i jego bliskich. Metoda ma dobre właściwości psychometryczne, a α Cronbacha wyniosła w tym badaniu 0,86.
- *Conformity to Masculine Norms Inventory (CMNI 22)* [34, 35]. Kwestionariusz autorstwa Mahalika ocenia zgodność opinii osób badanych z wieloma dominującymi kulturowymi normami męskości. Wersja skrócona składa się z 22 itemów, na które badany odpowiada na czterostopniowej skali od 0 do 3, gdzie 0 stanowi „zdecydowanie się nie zgadzam”, a 3 – „zdecydowanie się zgadzam”. Na całkowity wynik składa się 11 podskal, dotyczących męskich, tradycyjnych norm: kontroli emocji, podejmowania ryzyka, dominacji, statusu społecznego, podbojów seksualnych, władzy nad kobietami, prymatu pracy, samodzielności, przemocy, zwycięstwa, niechęci do homoseksualistów. Zarówno wersja oryginalna, jak i skrócona charakteryzują się dobrymi właściwościami psychometrycznymi, a w wersji polskiej α Cronbacha dla wyniku sumarycznego wyniosła 0,76 (w oryginale 0,70) [34, 36]. Metodę zastoso-

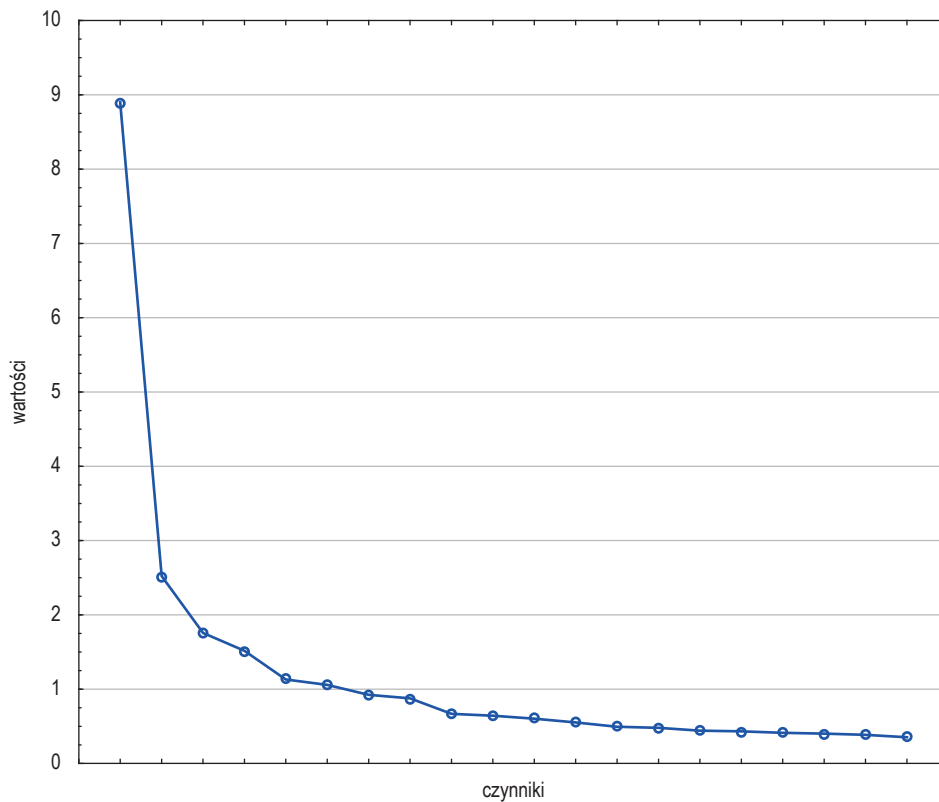
wano ze względu na wykazane przez autorów GSDS-26 związki jej wyników z męskimi normami zachowań [31].

Opracowanie polskiej wersji skali GSDS-26 i analizy statystyczne

Po uzyskaniu od autorów zgody na adaptację, skala została przetłumaczona przez dwóch niezależnych tłumaczy (w tym tłumacza przysięgłego) z języka niemieckiego na polski. Uzgodniona wersja polska została poddana tłumaczeniu zwrotnemu na język niemiecki, które wykazało zadowalającą zbieżność z oryginałem. Aby zweryfikować strukturę wewnętrzną narzędzia wykorzystano eksploracyjną i konfirmacyjną analizę czynnikową. Należy zauważyć, że autorzy metody nie zastosowali analizy konfirmacyjnej, a jedynie eksploracyjną [12, 31]. Rzetelność metody oceniono na podstawie współczynnika spójności wewnętrznej α Cronbacha. Oszacowano również trafność narzędzia, stosując analizę współczynników korelacji między jego wynikami a wynikami wybranych narzędzi pomiarowych. Dodatkowo porównano średnie wyniki uzyskane przez kobiety i mężczyzn. Wreszcie, mając na uwadze potencjalny przesiewowy charakter metody, na podstawie krzywej ROC zaproponowano punkt odcięcia dla sumy wyników. Przyjęto poziom istotności 0,05. Wszystkie obliczenia wykonano za pomocą programu Statistica 13.3 (Statsoft; Tulsa, OK, USA) i STATA 13.

Eksploracyjna analiza czynnikowa

W celu weryfikacji struktury skali zastosowano w pierwszej kolejności eksploracyjną analizę czynnikową. Ustalona siła związku między zmiennymi (indeks KMO — Kaisera-Meyera-Olkina = 0,90; test sferyczności Bartletta $p < 0,001$) uprawniała do przeprowadzenia analizy eksploracyjnej. Zastosowano metodę składowych głównych z rotacją Varimax i normalizacją Kaisera. Korzystając z kryterium Kaisera dla wartości własnej macierzy ($k > 1$) i testu osypiska Cattella (ryc. 1) wykazano, podobnie jak w oryginale, sześcioczynnikową strukturę narzędzia. Wynik dla każdego z czynników i ich ładunki pokazano w tabeli 1. Za warunek konieczny do uznania przynależności stwierdzenia do danego czynnika uznano ładunki czynnikowe powyżej 0,4. Dwie pozycje testowe są ładowane przez dwa czynniki, jednak wyższą siłą ładunku przyjmują dla czynników analogicznych, jak w oryginale. Ponadto jedna pozycja osiągnęła ładunek na poziomie 0,33. Wyodrębnione czynniki tłumaczą łącznie ponad 64% wariancji wyników.



Rysunek 1. Wykres ospiska dla GSDS-26

Tabela 1. Ładunki czynnikowe dla itemów GSDS 26 testowanego modelu (n = 1087)

Item	Depresyjność	Odczuwanie stresu	Zachowania ryzykowne	Agresywność	Spożywanie alkoholu	Kontrola emocji
1	0,66					
2				0,68		
3	0,66					
4	0,79					
5	0,80					
6						0,87
7						0,81
8				0,60		
9				0,71		
10		0,57				

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

11					0,85	
12		0,80				
13				0,79		
14					0,83	
15				0,66		
16					0,33	
17				0,59		
18						0,41
19		0,69				
20		0,40				0,61
21		0,78				
22			0,83			
23	0,56					
24	0,43	0,55				
25			0,86			
26			0,78			
Wartość własna	8,89	2,52	1,75	1,51	1,13	1,05

Konfirmacyjna analiza czynnikowa

W celu weryfikacji założonej struktury czynnikowej narzędzia wykonano również konfirmacyjną analizę czynnikową z użyciem modelowania równań strukturalnych (STATISTICA 13.3). Uzyskano wskaźniki na poziomie świadczącym o granicznej akceptowalności modelu: $\chi^2(284) = 1738,6$, $p < 0,001$; TLI = 0,877; CFI = 0,893; GFI = 0,894; RMSEA = 0,071 (90%CI 0,068-0,074); SRMR = 0,075.

Spójność wewnętrzna polskiej wersji

Współczynnik α Cronbacha dla całej skali był w pełni satysfakcjonujący i wynosił 0,92. Równie zadawalające były współczynniki pięciu z sześciu podskal (α pomiędzy 0,80 a 0,85). Jedynie podskala „spożywanie alkoholu” uzyskała wynik niższy – α 0,63.

Trafność teoretyczna polskiej wersji GSDS 26

Trafność konwergencyjną metody szacowano na podstawie analizy jej związków z wynikami narzędzi mierzących nasilenie objawów depresji – BDI Becka oraz GMDS Rutza, a także z CMNI-22, mierzącymi natężenie przekonań dotyczących wierności tradycyjnym rolom męskim (w tym wypadku analizowano jedynie wyniki mężczyzn). Otrzymane wyniki (korelacja r-Pearsona) zostały przedstawione w tabelach 2 i 3.

Tabela 2. Ocena trafności teoretycznej GSDS 26 – związku z BDI i GMDS (n = 347)

	BDI	GMDS
Odczuwanie stresu	0,46**	0,48**
Depresyjność	0,82**	0,76**
Agresywność	0,51**	0,56**
Tłumienie emocji	0,52**	0,41**
Zachowania ryzykowne	0,16**	0,19**
Spożywanie alkoholu	0,35**	0,31**
GSDS-26 suma	0,76**	0,72**

Legenda: ** $p < 0,01$

Wszystkie wymiary GSDS-26 oraz sumaryczny wynik skali korelują zarówno z BDI, jak i z GMDS (tab. 2). Silne i porównywalne zależności dotyczą wyniku sumarycznego GSDS-26 z BDI i GMDS (kolejno $r = 0,76$; $p < 0,01$ i $r = 0,72$; $p < 0,01$). Bardzo silną zależność wykazuje wymiar depresyjności, zarówno z BDI ($r = 0,82$; $p < 0,01$) i GMDS ($r = 0,76$; $p < 0,01$). Z kolei, najslabsze korelacje odnoszą się do relacji wymiaru zachowań ryzykownych z BDI i GMDS ($r = 0,16$; $p < 0,01$ i $r = 0,19$; $p < 0,01$).

Tabela 3. Ocena trafności teoretycznej dla GSDS 26 – związku z CMNI (n = 200)

	Z	KE	ZR	P	WK	D	PS	S	PP	DH	ST	S
S	0,22**	-0,04	-0,06**	0,09	0,08	0,16*	0,07	0,14*	0,05	0,06	0,31**	0,36**
D	0,27**	0,17*	-0,04	0,01	0,05	-0,12	0,06	0,31**	0,10	0,10	0,17*	0,17*
A	0,32**	0,03	-0,20**	0,04	0,14*	0,23**	0,12	0,21**	0,08	0,07	0,27**	0,19*
E	0,08	0,52**	0,05	0,15*	0,19**	0,06	-0,05	0,43**	0,13	0,12	0,08	0,32**
R	0,15*	-0,03	-0,10	0,12	0,21**	0,23**	0,27**	0,14*	0,21**	0,13	0,18*	0,32**
A	0,17*	0,13	0,11	0,08	0,05	-0,03	0,18	0,21**	0,10	0,21**	0,18*	0,33**
S	0,31**	0,19*	0,06	0,02	0,15*	0,12	0,13	0,36**	0,15*	0,15*	0,30**	0,36**

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$.

S – odczuwanie stresu, D – depresyjność, A – agresywność, E – kontrola emocji, R – zachowania ryzykowne, A – spożywanie alkoholu, S – suma GSDS-26; Z – zwycięstwo, KE – kontrola emocji, ZR – zachowania ryzykowne, P – przemoc, WK – władza nad kobietami, D – dominacja, PS – podboje seksualne, S – samodzielność, PP – prymat pracy, DH – niechęć do homoseksualistów, S – status, S – suma CMNI

Rezultaty analizy związków adaptowanej skali z CMNI-22 okazały się zgodne z oczekiwaniami. Najsilniejsze zależności między wynikiem ogólnym GSDS-26 a wymiarami CMNI-22 (tab. 3) dotyczą zwycięstwa ($r = 0,31$; $p < 0,01$), samodzielności ($r = 0,36$; $p < 0,01$) oraz statusu ($r = 0,30$, $p < 0,01$). Większość tych korelacji jest na poziomie umiarkowanym. Wymiar odczuwanie stresu koreluje umiarkowanie ze statusem ($r = 0,31$; $r < 0,01$). Wymiar depresyjności wiąże się słabo ze zwycięstwem ($r = 0,27$, $p < 0,01$) oraz umiarkowanie z samodzielnością ($r = 0,31$, $p < 0,01$). Agresywność koreluje słabo i umiarkowanie z czterema wymiarami CMNI-22, tj. ze

zwycięstwem ($r = 0,32$; $p < 0,01$), dominacją ($r = 0,23$; $p < 0,01$), samodzielnością ($r = 0,21$; $p < 0,01$) oraz statusem ($r = 0,27$, $p < 0,01$). Zgodnie z oczekiwaniami kontrola emocji wiąże się najsilniej z tłumieniem emocji ($r = 0,52$; $p < 0,01$), a także samodzielnością ($r = 0,43$, $p < 0,01$). Zachowania ryzykowne korelują słabo z władzą nad kobietami ($r = 0,21$, $p < 0,01$), dominacją ($r = 0,23$; $p < 0,01$), podbojami seksualnymi ($r = 0,27$, $p < 0,01$) i prymatem pracy ($r = 0,21$, $p < 0,01$). Spożywanie alkoholu koreluje słabo z samodzielnością ($r = 0,21$, $p < 0,01$) i niechęcią do homoseksualistów ($r = 0,21$, $p < 0,01$). Wszystkie wymiary adaptowanej skali korelują więc ze zwycięstwem i samodzielnością. Również wszystkie wymiary GSDS-26 oraz wynik ogólny korelują z sumą CMNI-22.

Porównanie wyników GSDS-26 pod kątem różnic międzypłciowych (tab. 4) wskazuje, iż mężczyźni wykazują istotnie wyższe niż kobiety wyniki w wymiarach: tłumienie emocji ($p < 0,001$; $d = 0,24$, efekt słaby), zachowania ryzykowne ($p < 0,001$; $d = 0,46$, efekt umiarkowany) i spożywanie alkoholu ($p < 0,001$; $d = 0,34$, efekt słaby). Z kolei, w skalach BDI i GMDS to kobiety uzyskują wyższe wyniki (kolejno $p = 0,001$; $d = 0,31$ i $p = 0,01$; $d = 0,33$, efekty słabe).

Tabela 4. GSDS-26 – porównanie wyników kobiet i mężczyzn (n = 1087)

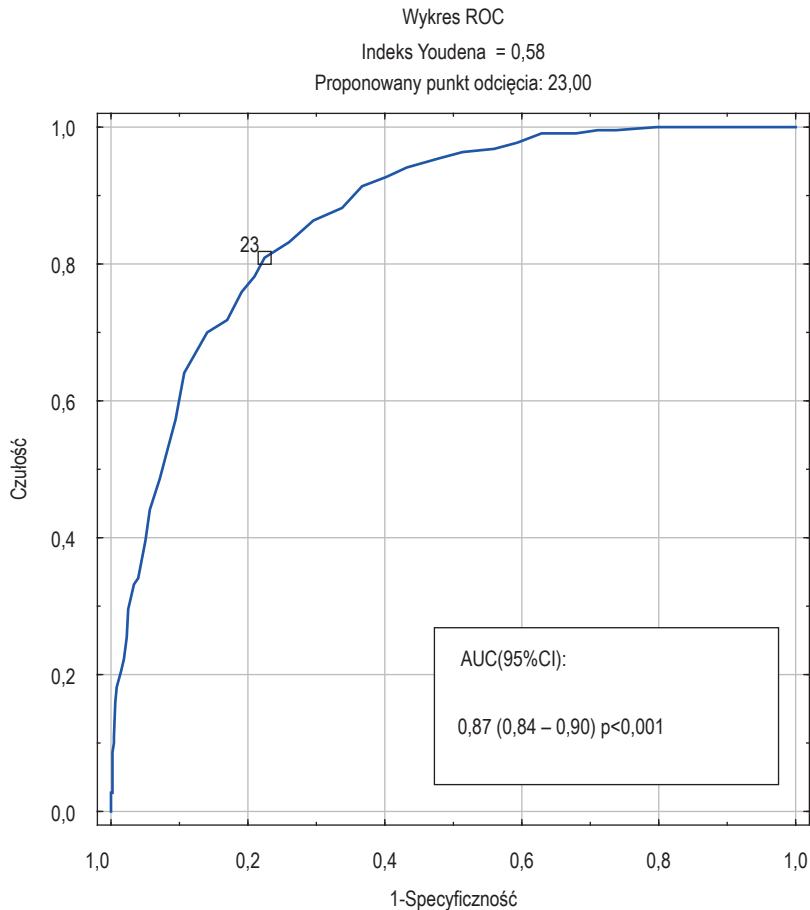
	Mężczyźni N = 746		Kobiety N = 341		t	p	d
	M	SD	M	SD			
Stres	6,10	3,69	6,03	3,77	0,29	0,76	
Depresyjność	5,02	3,82	4,90	3,71	0,44	0,65	
Agresywność	3,58	3,23	3,60	3,08	-0,07	0,94	
Tłumienie emocji	6,55	3,20	5,77	3,41	3,69	0,001	0,24
Zachowania ryzykowne	1,26	2,04	0,47	1,35	6,47	0,001	0,46
Spożywanie alkoholu	2,09	2,11	1,40	1,92	5,11	0,001	0,34
GSDS-26 suma	24,63	13,28	22,19	12,46	2,86	0,01	0,19

Tabela 5. BDI i GDMS – porównanie wyników kobiet i mężczyzn (n = 1087)

	Mężczyźni N = 746		Kobiety N = 341		t	p	d
	M	SD	M	SD			
BDI	9,06	9,77	12,26	10,85	-4,32	0,001	0,31
GMDS	7,62	7,69	10,27	8,25	-2,69	0,01	0,33

Punkt odcięcia metodą ROC

W celu dokonania oceny użyteczności skali GSDS jako klasyfikatora depresji ocenianej dychotomicznie według skali Becka użyto krzywej ROC (*receiver operating characteristic*) (ryc. 2).



Rysunek 2. Podsumowanie wyników analizy ROC

Krzywa ROC pomaga odnaleźć punkt odcięcia dla testowanego klasyfikatora ze zoptymalizowanymi wartościami czułości i specyficzności. Na podstawie indeksu Youdena (jednoczesna maksymalizacja czułości i specyficzności) zaproponowano wartość 23 na skali GSDS (zarówno dla kobiet, jak i mężczyzn) jako punkt odcięcia, dla którego wykazano 81% czułości i 78% swoistości w rozpoznawaniu depresji na podstawie skali Becka (ryc. 2).

Podsumowanie

Celem artykułu była walidacja polskiej adaptacji skali GSDS-26. Zrealizowany projekt badawczy pozwolił na określenie struktury czynnikowej, rzetelności, trafności oraz punktu odcięcia polskiej wersji narzędzia. Jak wspomnieliśmy wyżej, według wiedzy autorów prezentowane wyniki są pierwszą poza Niemcami próbą adaptacji skali.

Pomimo, iż zagadnienie różnic płciowych w obrazie klinicznym depresji jest coraz szerzej badane, brakuje nadal narzędzi pozwalających na trafną diagnostykę przesiewową jej objawów. Kwestia ta wydaje się szczególnie istotna w obliczu wysokich i niezmiennych od lat wskaźników udanych prób samobójczych wśród mężczyzn [19, 37]. Dodatkowym motywem, przesądającym o podjęciu prac nad polską wersją skali GSDS-26, była chęć udostępnienia polskim badaczom zajmującym się tematyką depresji u mężczyzn alternatywnego względem skali GMDS narzędzia, mogącymu-żliwiwić poszerzenie zakresu badań nad tym zjawiskiem.

Przeprowadzone analizy pozwoliły na potwierdzenie 6-czynnikowej struktury skali, pierwotnie wyodrębnionej w oryginalnej jej wersji. Posłużono się w tym celu eksploracyjną analizą czynnikową (EFA) oraz konformacyjną analizą czynnikową (CFA) z użyciem modelowania równań strukturalnych. Wyodrębnione czynniki tłumaczą łącznie ponad 64% wariacji wyników. Należy ponownie podkreślić, iż analiza confirmacyjna nie była przeprowadzana w badaniach niemieckich.

Współczynnik α Cronbacha dla całej skali był w pełni satysfakcjonujący i wynosił 0,92. Równie zadawalające były współczynniki pięciu z sześciu podskal (α między 0,80 a 0,85), z wyjątkiem podskali „spożywanie alkoholu” ($\alpha = 0,63$). Są to wyniki w pełni porównywalne z oryginałem [12, 31].

Wskaźniki trafności teoretycznej skali GSDS-26 również są zadowalające. Uzyskano wysokie współczynniki korelacji z sumarycznym wynikiem zarówno skali BDI ($r = 0,76$), jak i GMDS ($r = 0,72$). Zgodnie z oczekiwaniami, najsilniejsze korelacje sumarycznych wyników BDI oraz GMDS dotyczą typowych objawów depresji mierzonych GSDS-26 (wymiar depresyjności), a najsłabsze korelacje odnoszą się do wymiarów: spożywanie alkoholu oraz zachowania ryzykowne. Potwierdza to założenie, iż zarówno BDI, jak i GMDS są skalami o niższej wrażliwości na eksternalizacyjne objawy depresji charakterystyczne dla mężczyzn. Warto zauważyć, iż dla określenia trafności w badaniu niemieckim użyto nieznannej w naszym kraju metody *Kurzform der Allgemeinen Depressionsskala* (ADS-K), a korelacja wyników ADS-K z GSDS-26 wyniosła $r = 0,79$ [12]. Jednak w innych, niemieckich badaniach obliczono również współzależność GSDS z BDI II, a wyniki były porównywalne do naszych, w których użyto BDI. Wynik ogólny GSDS 26 u mężczyzn korelował w tym badaniu z BDI II na poziomie $r = 0,69$, a spośród podskal odnotowano najsilniejsze związki BDI II z depresyjnością ($r = 0,73$) [38].

Dalsze analizy, dotyczące związków dostosowywania się do tradycyjnych wzorców męskich zachowań z objawami depresji również są zgodne z oryginałem oraz z literaturą [12, 31, 39–42]. Wszystkie pomiary adaptowanej skali korelują z normami dotyczącymi zwycięstwa i samodzielności oraz z sumą CMNI-22. Co ciekawe, mimo iż w prezentowanych badaniach zastosowano inną niż w oryginale skalę do badania zgodności z tradycyjnymi rolami męskimi (z powodu braku polskiej wersji MRNS Thompsona i Plecka), jednak siła związków GSDS-26 z wynikami obu skal jest zbliżona – w badaniach niemieckich korelacja wyników sumarycznego MRNS z GSDS wyniosła $r = 0,30$ [12], natomiast w naszych, współczynnik korelacji GSDS 26 z CMNI 22 wyniósł $r = 0,36$.

W badanej grupie mężczyźni uzyskali istotnie wyższe niż kobiety rezultaty w wyniku ogólnym GSDS-26 oraz takich wymiarach jak: tłumienie emocji, zachowania

ryzykowne i spożywanie alkoholu. Rezultaty te wskazywałyby, iż GSDS-26 jest skalą o większej czułości symptomów depresji u mężczyzn niż BDI czy GMDS. Ponieważ siła efektów w wymienionych przypadkach nie jest wysoka, warto przeprowadzić dalsze analizy na większej grupie osób. Interesujące jest, że w badaniach niemieckich nie zanotowano istotnych statystycznie różnic między kobietami a mężczyznami w wyniku ogólnym GSDS-26. Podczas gdy kobiety uzyskały wyższe wyniki w podskalach depresyjności i stresu (w naszych badaniach te różnice nie wystąpiły), mężczyźni, podobnie jak w naszym badaniu, charakteryzowali się istotnie wyższym wynikiem w podskali spożywania alkoholu. Z kolei w odniesieniu do tłumienia emocji, w badaniu niemieckim mężczyźni uzyskali wyniki wyższe, ale nie były one istotne statystycznie [31] (w naszych badaniach były). Zjawisko to wymaga dalszych badań.

Istotnym rezultatem przedstawionego badania było również określenie punktów odcięcia dla polskiej wersji skali (ustalono go na poziomie 23 punktów). W badaniu niemieckim punkt ten wynosił 20,5. Warto zauważyć, iż w badaniu tym punktem odniesienia była inna niż w naszym badaniu metoda – zastosowano ADS-K [12, 31]. W prezentowanych badaniach polskich był to BDI Becka.

Podsumowując, pomimo nie w pełni zadowalającego rezultatu analizy konfirmacyjnej można stwierdzić, iż skala GSDS-26 pozwala na trafną i rzetelną diagnostykę zarówno objawów eksternalizacyjnych, jak i internalizacyjnych depresji u mężczyzn.

Ograniczeniem badań jest brak w nich grup klinicznych, głównie osób obu płci cierpiących na depresję. Wyniki te mogłyby znacznie wzbogacić wiedzę o różnicach międzypłciowych w zakresie objawów eksternalizacyjnych wśród pacjentów cierpiących na zaburzenia afektywne.

Grant No.: B2211802000104.07, 'Early maladaptive schemas and selected biological personality correlates in the group of people diagnosed with borderline personality disorder', University of Lodz, Faculty of Educational Sciences.

Piśmiennictwo

1. Parker G, Brotschie H. *Gender differences in depression*. Int. Rev. Psychiatry 2010; 22(5): 429–436.
2. Van de Velde S, Bracke P, Levecque K. *Gender differences in depression in 23 European countries. Cross-national variation in the gender gap in depression*. Soc. Sci. Med. 2010; 71(2): 305–313.
3. Arias-de la Torre J, Vilagut G, Ronaldson A, Serrano-Blanco A, Martín V, Peters M, Valderas JM i wsp. *Prevalence and variability of current depressive disorder in 27 European countries: a population-based study*. Lancet Public Health 2021; 6(10): e729–e738.
4. 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(10):1100–1106.
5. Nejtek VA. *Sex disparities in depression prevalence are lost when male-type depression symptoms are considered alongside traditional symptoms*. Evid. Based Ment. Health 2014; 17(2): e1.
6. Diamantopoulou S, Verhulst FC, van der Ende J. *Gender differences in the development and adult outcome of co-occurring depression and delinquency in adolescence*. J. Abnorm. Psychol. 2011; 120(3): 644–655.

7. Konrad K, Kohls G, Baumann S, Bernhard A, Martinelli A, Ackermann K, Smaragdi A i wsp. *Sex differences in psychiatric comorbidity and clinical presentation in youths with conduct disorder*. J. Child Psychol. Psychiatry 2022; 63(2): 218–228.
8. Nolen-Hoeksema S. *Gender differences in depression*. Curr. Dir. Psychol. 2001; 10: 173–176.
9. Rutz W, Rihmer Z. *Suicidality in men – practical issues, challenges, solutions*. J. Men's Health Gen. 2007; 4: 393–401.
10. Sher L. *Suicide in men*. J. Clin. Psychiatry 2015; 76: 371–372.
11. <https://statystyka.policja.pl/st/wybrane-statystyki/zamachy-samobojcze/63803,Zamachy-samobojcze-od-2017-roku.html> z dnia 20.04.2023.
12. Möller-Leimkühler AM, Mühleck J. *Development and preliminary validation of a Gender-Sensitive Depression Screening (GSDS)*. Psychiatr. Prax. 2020, 47(2): 79–86.
13. Walinder J, Rutz W. *Male depression and suicide*. Int. Clin. Psychopharmacol. 2001; 16: 21–24.
14. Rutz W, Walinder J, Von Knorring L, Rihmer Z, Pihlgren H. *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.
15. Rutz W. *Improvement of care for people suffering from depression: the need for comprehensive education*. Int. Clin. Psychopharmacol. 1999;14, Suppl 3: S27–33.
16. Rutz W. *Preventing suicide and premature death by education and treatment*. J. Affect. Disord. 2001; 62(1–2): 123–129.
17. Oliffe JL, Rossnagel E, Seidler ZE, Kealy D, Ogrodniczuk JS, Rice SM. *Men's depression and suicide*. Curr. Psychiatry Rep. 2019; 21(10): 103–106.
18. Rice SM, Ogrodniczuk JS, Kealy D, Seidler ZE, Dhillon HM, Oliffe JL. *Validity of the Male Depression Risk Scale in a representative Canadian sample: sensitivity and specificity in identifying men with recent suicide attempt*. J. Ment. Health 2019; 28: 132–140.
19. O'Gorman KM, Wilson MJ, Seidler ZE, English D, Zajac IT, Fisher KS, Rice SM. *Male-type depression mediates the relationship between avoidant coping and suicidal ideation in men*. Int. J. Environ. Res. Public Health 2022; 19(17):10874.
20. Rice S, Seidler Z, Kealy D, Ogrodniczuk J, Zajac I, Oliffe J. *Men's depression, externalizing, and DSM-5-TR: primary signs and symptoms or co-occurring symptoms?* Harv. Rev. Psychiatry 2022; 30(5): 317–322.
21. Nolen-Hoeksema S. *Emotion regulation and psychopathology: the role of gender*. Ann. Rev. Clin. Psychol. 2012; 8: 161–187.
22. Azorin JM, Belzeaux R, Fakra E, Kaladjian A, Hantouche E, Lancrenon S, Adida M. *Gender differences in a cohort of major depressive patients: further evidence for the male depression syndrome hypothesis*. J. Affect. Disord. 2014; 167: 85–92.
23. Kuehner C. *Why is depression more common among women than among men?* Lancet Psychiatry 2017; 4(2): 146–158.
24. Rutz W, von Knorring L, Pihlgren H, Rihmer Z, Walinder J. *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.
25. Sigurdsson B, Palsson SP, Aevarsson O, Olafsdottir M, Johannsson M. *Validity of Gotland Male Depression Scale for male depression in a community study: the Sudurnesjamenn study*. J. Affect. Disord. 2015; 173: 81–89.
26. Pompili M, Innamorati M, Milelli M, Battuello M, Erbuto D, Lester D, Gonda X, Rihmer Z, Amore M, Girardi P. *Temperaments in completed suicides: Are they different from those in suicide attempters and controls?* Compr. Psychiatry 2016; 65: 98–102.

27. Sørensen EH, Thorgaard MV, Østergaard SD. *Male depressive traits in relation to violent suicides or suicide attempts: A systematic review*. J. Affect. Disord. 2020; 262: 55–61.
28. Chodkiewicz J. *Polish adaptation of the Gotland Scale of Male Depression (GDMS) by Wolfgang Rutz*. Adv. Psychiatry Neurol. 2017; 26 (1): 13–23.
29. Rice SM, Aucote HM, Möller-Leimkühler AM, Amminger GP. *Confirmatory factor analysis of the Gotland Male Depression Scale in an Australian Community Sample*. Eur. J. Psychol. Assess. 2017; 33: 190–195.
30. Magovcevic M, Addis M. *The Masculine Depression Scale: Development and psychometric evaluation*. Psychol. Men Masc. 2008; 9: 117–132.
31. Möller-Leimkühler AM, Jackl A, Weissbach L. *Gendersensitives Depressionsscreening (GSDS) – Befunde zur weiteren Validierung eines neuen Selbstbeurteilungsinstruments*. Psychiatr. Prax. 2022; 49(07): 367–374.
32. Thompson EH, Pleck, J. *The structure of male role norms*. Am. Behav. Sci. 1986; 29: 531–543.
33. Parnowski T, Jernajczyk W. *Inwentarz Depresji Becka w ocenie nastroju osób zdrowych i chorych na choroby afektywne*. Psychiatr. Pol. 1977; 11, 4: 417–421.
34. Burns SM, Mahalik JR. *Conformity to Masculine Norms Inventory-22 items*. APA PsycTests. 2008.
35. Mahalik JR, Locke BD, Ludlow LH, Diemer MA, Scott RPJ, Gottfried M, Freitas G. *Development of the Conformity to Masculine Norms Inventory*. Psychol. Men Masc. 2003; 4(1): 3–25.
36. Chodkiewicz J. *Polska adaptacja CMNI-22 Mahalika*. Łódź; materiał niepublikowany; 2010.
37. Seidler ZE, Wilson MJ, Oliffe JL, Fisher K, O'Connor R, Pirkis J, Rice SM. *Suicidal ideation in men during COVID-19: an examination of protective factors*. BMC Psychiatry 2023; 23(1): 46. DOI: 10.1186/s12888-023-04539-9.
38. Streb J, Ruppel E, Möller-Leimkühler AM, Büsselmann M, Franke I, Dudeck M. *Gender-specific differences in depressive behavior among forensic psychiatric patients*. Front Psychol. 2021; 12: 639191.
39. Iwamoto DK, Brady J, Kaya A, Park A. *Masculinity and depression: a longitudinal investigation of multidimensional masculine norms among college men*. Am. J. Men's Health 2018; 12(6): 1873–188.
40. Rice SM, Fallon BJ, Aucote HM, Möller-Leimkühler AM, Treeby MS, Amminger GP. *Longitudinal sex differences of externalizing and internalizing depression symptom trajectories: Implications for assessment of depression in men from an online study*. Int. J. Soc. Psychiatry 2015; 61(3): 236–240.
41. Eggenberger L, Fordschmid C, Ludwig C, Weber S, Grub J, Komlenac N, Walther A. *Men's psychotherapy use, male role norms, and male-typical depression symptoms: Examining 716 men and women experiencing psychological distress*. Behav. Sci. 2021; 11(6): 83.
42. Genuchi MC. *The role of masculinity and depressive symptoms in predicting suicidal ideation in homeless men*. Arch. Suicide Res. 2019; 23(2): 289–311.

Adres: Jan Chodkiewicz,
Uniwersytet Łódzki, Wydział Nauk o Wychowaniu
Instytut Psychologii
90–128 Łódź, al. R. Scheiblerów 2
e-mail: jan.chodkiewicz@now.uni.lodz.pl

Otrzymano: 12.05.2023

Zrecenzowano: 5.09.2023

Otrzymano po poprawie: 24.09.2023

Przyjęto do druku: 29.09.2023