

Różnice w przebiegu depresji między kobietami a mężczyznami stwierdzone na podstawie testu MMPI-2

Differences in the course of depressive disorders among women and men measured by MMPI-2

Monika Talarowska, Antoni Florkowski, Krzysztof Zboralski,
Piotr Gałęcki

Klinika Psychiatrii Dorosłych UM w Łodzi
Kierownik: prof. dr hab. n. med. A. Florkowski

Summary

Aim. The aim of the study is to assess the differences between clinical scales of MMPI-2 among women and men suffering from depressive disorders.

Method. 36 patients were examined (aged 23-62 years, average age=51.27, SD=8.84): 19 women (52.77%, aged 23-59, average age=51.16, SD=4.74) and 17 men (47.23%, aged: 23-61, average age=51.41, SD=12.07). All patients were hospitalised in the Clinic of Adult Psychiatry Medical University of Łódź. The Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI-2, adapted by T. Kucharski) and Hamilton Depression Rating Scale (HDRS, consisting of 21-items) were used. MMPI-2 is used in psychological diagnostic and HDRS is used to assess the intensity of depressive disorders.

Results. Relevant statistical differences between women and men in the several clinical scales of MMPI-2 were observed. There were no relevant statistical differences between the examined groups in the HDRS.

Conclusions. 1). The characteristic symptoms of depressive disorders for women are: the excessive concentration on physical health, numerous complaints about physical disabilities, lack of energy, insomnia, diminishing of attention concentration and low self-esteem, diffidence and pessimism 2). Examined men achieved statistically lower results than women in the following scales: hypochondria, hysteria and D1, D3, D4 subscales of the depression scale. 3). MMPI-2 is one of the psychological methods which allow for a specific diagnosis of depressive disorders symptoms among women and men.

Słowa klucze: depresja, MMPI-2, Skala Depresji Hamiltona

Key words: depression, MMPI-2, HDRS

Wstęp

Choroby afektywne są jedną z głównych przyczyn hospitalizacji psychiatrycznej, zarówno kobiet jak i mężczyzn. Co roku około 100 mln ludzi na całym świecie przejawia symptomy depresji. Rozpowszechnienie depresji dotyczy co najmniej 15%

dorosłych kobiet i 10% mężczyzn [1, 2, 3, 4]. Ryzyko wystąpienia zaburzeń depresyjnych wśród kobiet (20–25%) jest około dwa razy większe niż wśród mężczyzn (7–12%) [5, 6, 7, 8]. Istnieje kilka hipotez dotyczących przyczyn tego zjawiska. Po pierwsze, przyjęte w naszej kulturze normy społeczne usprawiedliwiają wyrażanie przez kobiety depresyjnych uczuć (rozpacz, płacz w obliczu straty są akceptowane u kobiet, ale nie u mężczyzn), chociaż jednocześnie nie aprobują okazywania przez nie złości i gniewu [9]. Ponadto wśród kobiet powszechniejsza jest wyuczona bezradność [10]. Zdaniem Kendler i wsp. [11] kobiety są również bardziej narażone na przykre wydarzenia w ciągu życia oraz częściej reagują zaburzeniami nastroju w odpowiedzi na nie. Wahania hormonalne w cyklu miesięcznym oraz w ciągu całego życia kobiety także mogą sprzyjać większej podatności tej grupy na depresję [12]. Istnieją też teorie, zgodnie z którymi [13] kobiety będące nosicielkami genu depresji popadają właśnie w depresję, a mężczyźni – nosiciele tego samego genu – w uzależnienie od alkoholu. Ponadto, dla kobiet charakterystyczna jest orientacja na stan (szukanie przyczyn przykrych wydarzeń, koncentracja na negatywnych emocjach), podczas gdy mężczyźni odznaczają orientacją na działanie i mniejszą skłonność do refleksji. W grupie kobiet po 85 r.ż. wśród przyczyn depresji wymienia się poczucie samotności i negatywny obraz siebie, a u mężczyzn – pogorszenie się stanu zdrowia, choroby przewlekłe oraz czynniki społeczne [14].

Celem pracy jest analiza wyników skal klinicznych testu MMPI-2 w grupie kobiet i mężczyzn z zaburzeniami depresyjnymi nawracającymi [15, 16, 17].

Material

W badaniu wzięło udział 36 osób (w wieku 23–62 lat, średni wiek = 51,27 roku, SD = 8,84): 19 kobiet (52,77%; w wieku 23–59 lat, średni wiek = 51,16 roku, SD = 4,74) oraz 17 mężczyzn (47,23%, w wieku 23–62 lat, średni wiek = 51,41 roku, SD = 12,07) hospitalizowanych w Klinice Psychiatrii Dorosłych Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. Zakwalifikowanie pacjentów z zaburzeniami depresyjnymi do badanej grupy oparte było na kryteriach diagnostycznych zawartych w ICD-10 (F 33.0-F 33.8) [18]. Kryterium wykluczającym była obecność innych, poza epizodem depresyjnym, zaburzeń z I oraz II osi. Wszyscy pacjenci poddani byli podczas pobytu na oddziale farmakoterapii przeciwdepresyjnej lekami z grupy SSRI (20 osób przyjmowało fluoksetynę, 6 – sertralinę, 6 – citalopram, 4 osoby – paroksetynę). Każda z badanych osób wyraziła pisemną zgodę na udział w badaniu zgodnie z protokołem zatwierdzonym przez Komisję Bioetyki (nr RNN/603/08/KB z dnia 9.12.2008 r.).

Metoda

W badaniu wykorzystano Kwestionariusz MMPI-2 S. Hathaway'a i J. McKinley'a (Minnesocki Wielowymiarowy Inwentarz Osobowości – Minnesota Multiphasic Personality Inventory) w adaptacji T. Kucharskiego. Efektem standardowej procedury badania jest profil, na który składają się cztery wskaźniki jego trafności oraz wyniki 10 skal klinicznych: hipochondrii (Hs), depresji (D), hysterii (Hy), zaburzeń

psychopatycznych (Pd), męskości – kobiecości (Mf), paranoi (Pa), psychastenii (Pt), schizofrenii (Sc), manii (Ma), introwersji społecznej (Si) [19, 20, 21].

Do oceny nasilenia depresji zastosowano 21-itemową Skalę Depresji Hamiltona (Hamilton Depression Rating Scale, HDRS) [22, 23]. Stopień nasilenia zaburzeń depresyjnych ustalano na podstawie większości wyróżnionych w pracy Demyttenaere'a i wsp. [24]. Wśród pacjentów badanie za pomocą HDRS oraz MMPI-2 wykonano w ciągu pierwszego tygodnia leczenia farmakologicznego.

W analizie statystycznej zebranego materiału wykorzystano statystykę opisową (średnia arytmetyczna, odchylenie standardowe (SD, *standard deviation*) oraz metody wnioskowania statystycznego. Do oceny różnic w wynikach HDRS oraz MMPI-2 w grupie badanych kobiet i mężczyzn zastosowano test istotności różnic między średnimi dla prób niezależnych, test t-Studenta.

Wyniki

Średni czas trwania choroby w badanej grupie (w latach) wynosił 9,47 roku, SD = 10,49; średnia liczba hospitalizacji z powodu zaburzeń depresyjnych = 2,93, SD = 1,72, średnia liczba epizodów depresji = 7,21, SD = 6,96. W dniu przyjęcia 2 osoby spełniały kryteria punktowe HDRS dla łagodnego epizodu depresji, 8 osób – dla epizodu umiarkowanego, oraz 26 – dla epizodu ciężkiej depresji. Tabela 1 przedstawia porównanie badanych grup pod względem wieku, czasu trwania choroby, liczby hospitalizacji, liczby epizodów depresji, przebytych do dnia badania, oraz jej nasilenia ocenianego na podstawie HDRS.

Tabela 1. Wiek, czas trwania choroby, liczba hospitalizacji, liczba epizodów depresji oraz jej nasilenie oceniane na podstawie HDRS w badanych grupach

Zmienna	Średnia i SD dla kobiet	Średnia i SD dla mężczyzn	t	p
Wiek	51,16 SD = 4,74	51,41 SD = 12,07	-0,08	0,93
Czas trwania choroby (lata)	8,79 SD = 10,59	9,71 SD = 10,07	-0,26	0,79
Liczba hospitalizacji	2,52 SD = 1,43	3,41 SD = 2,96	-1,16	0,25
Liczba epizodów depresji	8,58 SD = 8,11	4,35 SD = 3,69	1,97	0,05
Wynik HDRS w dniu przyjęcia	21,13 SD = 4,61	23,61 SD = 6,61	-1,22	0,23

HDRS – Hamilton Depression Rating Scale, Skala Depresji Hamiltona

Tabela 2 przedstawia wyniki skal klinicznych Kwestionariusza MMPI-2 w grupie badanych kobiet i mężczyzn.

Tabela 2. Wyniki skal klinicznych oraz podskal skali depresji w Kwestionariuszu MMPI-2 w grupie badanych kobiet i mężczyzn

Zmienna	Średnia i SD dla kobiet	Średnia i SD dla mężczyzn	t	p
Hipochondria <i>Wyniki wysokie przedstawiają nieokreślone trudności fizyczne, troskę o własne zdrowie, koncentrację na wymyślonych problemach somatycznych, brak energii, niezadowolenie, problemy ze snem, narzekanie, postawę roszczeniową.</i>	80,16 SD = 8,89	67,71 SD = 15,25	2,94	<0,01*
Depresja	84,53 SD = 9,27	78,78 SD = 11,82	1,56	0,12
Histeria <i>Wyniki wysokie oznaczają mały wgląd w przeżywane problemy i emocje, liczne objawy somatyczne, problemy ze snem, zaprzeczanie, postawę roszczeniową, koncentrację na sobie.</i>	76,89 SD = 10,14	66,21 SD = 12,99	2,65	0,01*
Psychopatia	65,84 SD = 8,77	64,57 SD = 14,51	0,31	0,75
Męskość – kobiecość	49,63 SD = 11,6	56,14 SD = 5,47	-1,93	0,06
Paranoja	72,42 SD = 9,91	69,64 SD = 9,91	0,79	0,43
Psychastenia	78,32 SD = 5,06	73,28 SD = 11,82	1,66	0,11
Schizofrenia	78,89 SD = 7,62	70,64 SD = 17,11	1,87	0,07
Mania	56,26 SD = 8,81	51,35 SD = 12,07	1,35	0,18
Introwersja społeczna	74,57 SD = 6,89	72,35 SD = 11,95	0,67	0,51
D1 <i>Wysokie wyniki oznaczają niezadowolenie, nerwowość, trudności z koncentracją uwagi, poczucie niższości i nieprzystosowania, niskie zaufanie do siebie, bojaźliwość.</i>	94,05 SD = 6,61	85,78 SD = 14,02	2,26	0,03*
D2	68,94 SD = 8,46	69,57 SD = 8,75	-0,21	0,84
D3 <i>Podwyższone wyniki oznaczają liczne skargi na dolegliwości fizyczne, koncentrację na swoim stanie zdrowia, zaprzeczanie dobremu zdrowiu.</i>	82,31 SD = 9,14	70,00 SD = 18,71	2,51	0,01*

D4 <i>Wyniki wysokie mówią o obniżonej energii, poczuciu niskiej wartości, niskim zaufaniu do siebie, pesymizmie, osłabieniu koncentracji uwagi.</i>	96,89 SD = 4,01	88,21 SD = 15,03	2,41	0,02*
D5	82,47 SD = 5,52	78,14 SD = 16,67	1,06	0,29

* – istotne statystycznie; D1, D2, D3, D4, D5 – podskale skali depresji wg Harrisa-Lingosa, D1 – subiektywne poczucie depresji, D2 – spowolnienie psychoruchowe, D3 – trudności w funkcjonowaniu fizycznym, D4 – stopień psychiczne, D5 – pogrążenie w smętnych rozmyślaniach

Omówienie wyników

Wyniki przeprowadzonych przez nas badań ujawniły brak istotnych różnic (tabela 1) pomiędzy mężczyznami a kobietami pod względem wieku, czasu trwania choroby, liczby przeżytych epizodów depresji, liczby hospitalizacji oraz nasilenia objawów depresji ocenianego na podstawie HDRS. Jednak, jak pokazuje tabela 2, kobiety z badanej grupy uzyskały istotnie wyższe wyniki w porównaniu z mężczyznami w dwóch spośród trzech skal MMPI-2 tworzących tzw. triadę neurotyczną (hipochondria, depresja, histeria) oraz w trzech podskalach skali depresji: subiektywne poczucie depresji, trudności w funkcjonowaniu fizycznym oraz stopień psychiczne. Dla wyników wysokich we wszystkich wymienionych skalach charakterystyczna jest nadmierna koncentracja na somatycznym stanie zdrowia, liczne skargi na dolegliwości fizyczne, brak energii, problemy ze snem, osłabienie koncentracji uwagi oraz niskie poczucie własnej wartości, niepewność siebie i pesymizm. Wyniki te są zgodne z doniesieniami literatury [25]. W swoich badaniach Silverstein [26, 27] wykazał dwukrotnie większe rozpowszechnienie depresji z towarzyszącymi objawami somatycznymi w populacji kobiet niż wśród mężczyzn, przy jednocześnie zbliżonej u obu płci częstości występowania depresji bez objawów somatycznych. Opisywane zależności widoczne są już w grupie uczniów szkół średnich oraz studentów [28]. Zdaniem Sann i wsp. [29] oraz Bergdahl i wsp. [30] wśród dziewcząt i kobiet dominuje koncentracja na emocjonalnych i somatycznych objawach zaburzeń depresyjnych (negatywny obraz siebie, obniżenie nastroju, dolegliwości fizyczne), podczas gdy u chłopców i mężczyzn – na objawach behawioralnych (abulia, apatia, spowolnienie psychoruchowe, utrata motywacji, zniechęcenie) [31]. Ponadto, u kobiet w sytuacjach trudnych dominuje styl radzenia sobie ze stresem skoncentrowany na rozładowaniu negatywnych emocji, a wśród mężczyzn styl zadaniowy, skoncentrowany na rozwiązywaniu problemu [32]. Częstsze występowanie somatyzacji w przebiegu depresji u kobiet może się wiązać z wyższym poziomem lęku, który niejednokrotnie towarzyszy depresji jako objaw [33]. Także w pracy Uebelacker i wsp. [34] u badanych kobiet, w porównaniu z mężczyznami, zaobserwowano silniejsze objawy związane z utratą łaknienia, spadkiem wagi, uczuciem chronicznego zmęczenia, osłabieniem koncentracji uwagi oraz obecnością myśli samobójczych. Bergdahl i wsp. [30] oraz Sanchez i wsp. [35] stwierdzili nato-

miast większe nasilenie objawów depresyjnych u kobiet niż mężczyzn, z wyjątkiem grupy osób starszych (po 85 r.ż.), w której dominowali mężczyźni. Courtenay [36] stwierdził jednak, że obserwowane w wielu badaniach różnice w nasileniu objawów depresji w grupie mężczyzn w porównaniu z kobietami mogą być wynikiem jedynie niedostatecznej diagnostyki zaburzeń afektywnych w pierwszej z wymienionych grup, a nie odzwierciedleniem rzeczywistego rozpowszechnienia choroby.

Podsumowując, należy podkreślić specyfikę przebiegu zaburzeń depresyjnych wśród kobiet. Należy pamiętać o nasilonych w tej grupie chorych skargach na dolegliwości somatyczne, nadmiernej koncentracji na fizycznym funkcjonowaniu własnego ciała oraz o opisywanej szeroko w literaturze zależności między regulacją nastroju a percepcją bólu. Pacjenci z depresją oceniają swoje doznania bólowe jako bardziej nasilone niż chorzy tylko z bólem, a intensywność doznań bólowych jest w tych przypadkach tym większa, im bardziej nasilone są objawy depresji [37, 38, 39, 40]. Wspomniane zależności należy uwzględniać zarówno w momencie diagnozy, jak i terapii psychologicznej oraz farmakologicznej.

Wnioski

1. Do objawów zaburzeń depresyjnych typowych dla kobiet można zaliczyć: nadmierną koncentrację na somatycznym stanie zdrowia, liczne skargi na dolegliwości fizyczne, brak energii, problemy ze snem, osłabienie koncentracji uwagi oraz niskie poczucie własnej wartości, niepewność siebie i pesymizm.
2. Badani mężczyźni uzyskali istotnie niższe wyniki w porównaniu z kobietami w następujących skalach testu MMPI-2: hipochondrii i hysterii oraz podskali D1, D3 i D4 skali depresji.
3. Test MMPI-2 jest narzędziem pozwalającym na szczegółową diagnostykę zaburzeń depresyjnych w grupie kobiet i mężczyzn z zaburzeniami afektywnymi.

Различия в течении депрессии среди женщин и мужчин, исследованные тестом MMPI-2

Содержание

Задание. Проведение и сравнение исследований и их результатов в клинических шкалах теста MMPI в группе женщин и мужчин с рецидивирующими депрессивными нарушениями.

Метод. В исследовании приняло участие 36 человек, в возрасте 23–62 лет, средний возраст 51,27 лет, ср = 8,84. Среди обследованных было 19 женщин (52,77%, в возрасте 23–59 лет, ср. 51,16 лет, ср. 4,76) и 17 мужчин, в возрасте 23–62 лет, средний возраст 51,64 лет, ср. 12,07. Больные были обследованы в Клинике психиатрии взрослых Медицинского университета в г. Лодзи. При исследованиях использован глоссарий MMPI-2 (Минесотский полигбазный инвентарь личности) в адаптации Т. Кухарского, использованный в дифференциальной диагностике, а также 21-темовую Шкалу депрессии Гамильтона (ШкДГ) для оценки утяжеления депрессивных симптомов.

Результаты. Отмечены существенные различия статистических данных между исследованными группами в тесте MMPI-2 и отсутствие существенных различий в тяжести депрессивных нарушений в тесте ШкДГ.

Выводы. 1. К симптомам депрессивных нарушений, типичных для женщин, можно причислить увеличенную концентоацию на соматическом состоянии здоровья, многочисленные

жалобы на физические трудности, отсутствие энергии, проблемы сна, ослабление концентрации внимания, а низкое чувство собственной ценности, неуверенность в себе и пессимизм. 2. Исследованные мужчины обладали существенно более низкими результатами в сравнение с женщинами в следующих шкалах теста MMPI-2: гипохондри и истерии и в подшкалах: D1, D3 и D4 шкалы депрессии. 3. Тест MMPI-2 является пособием, позволяющим на точную диагностику депрессивных нарушений в группе женщин с аффективными нарушениями состояния здоровья.

Unterschiede im Verlauf der Depression bei Frauen und Männern – MMPI-2 – Test

Zusammenfassung

Ziel. Das Ziel der Arbeit ist der Vergleich der Ergebnisse der klinischen Skalen des MMPI-2-Tests in der Gruppe der Frauen und Männer mit rezidiven depressiven Störungen.

Methode. An die Studie wurden 36 Personen eingeschlossen (Alter: 23-62 Jahre, Durchschnittsalter = 51,27 Jahre, SD=8,84): 19 Frauen (52,77%, Alter: 23-59 Jahre, Durchschnittsalter = 51,16 Jahre, SD=4,74) und 17 Männer (47,23%, Alter: 23-62 Jahre, Durchschnittsalter = 51,41 Jahre, SD=12,07). Sie wurden in der psychiatrischen Klinik für Erwachsene der Medizinischen Universität in Łódź hospitalisiert. In der Studie wurde der Fragebogen MMPI-2 (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) in der Fassung von T. Kucharski angewandt, der in der Diagnostik angewandt wird, und die 21-Item-Hamilton-Depressionsskala, HDRS zur Beurteilung der Depressionsstörungen.

Ergebnisse. Es wurden statistisch signifikante Unterschiede zwischen den untersuchten Gruppen in der Ausführung des MMPI-2-Tests bemerkt, und auch Mangel an signifikanten Unterschieden in der Intensität der depressiven Störungen, die mit HDRS gemessen wurden.

Schlussfolgerungen. Zu den Symptomen der typisch für Frauen depressiven Störungen kann man zählen: übermäßige Konzentration auf somatischem Gesundheitszustand, zahlreiche Klagen über physikalische Beschwerden, Mangel an Energie, Schlafprobleme, Abschwächung der Aufmerksamkeitskonzentration und niedriges Gefühl des eigenen Wertes, Unsicherheit und Pessimismus.

Die untersuchten Männer erzielten signifikant niedrigere Ergebnisse im Vergleich mit den Frauen in folgenden Skalen des MMPI-2-Tests: Hypochondrie und Histerie und Unterskala D1, D3, D4 der Depressionsskala.

Der MMPI-2-Test ist ein Instrument, das eine ausführliche Diagnostik der depressiven Störungen in der Gruppe der Frauen und Männer mit affektiven Störungen erlaubt.

Les différences dans le cours de la dépression chez les femmes et chez les hommes mesurées avec le teste MMPI-2 (Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2)

Résumé

Objectif. Comparer les résultats des échelles cliniques du teste MMPI-2 des femmes et des hommes souffrant de la dépression.

Méthode. On examine 36 patients (âgés de 23 à 62 ans, moyenne de l'âge – 51,27 ans, SD=8,84) ; 19 femmes (52,77%, âgées de 23 à 59 ans, moyenne de l'âge – 51,16 ans, SD=4,74); 17 hommes (47,23%, âgés de 23 à 62 ans, moyenne de l'âge – 51,41, SD=12,07). Tous ces patients sont hospitalisés à la Clinique Psychiatrique de Lodz et ils sont examinés avec le teste MMPI-2, version de T.Kucharski et avec Hamilton Depression Rating Scale – HDRS 21-items.

Résultats. On observe l'existence des différences significantes dans le teste MMPI-2 et le manque de différences dans l'échelle HDRS.

Conclusions. 1) Les symptômes caractéristiques dans la dépression des femmes sont les suivants : concentration excessive à la santé physique, plusieurs plaintes concernant l'état physique, manque d'énergie, insomnie, diminution de la concentration d'attention, incertitude, pessimisme, auto-estimation abaissée. 2) Les résultats des hommes sont moins élevés que ceux des femmes dans les échelles suivantes du teste MMPI-2 : d'hypochondrie, hystérie, dans les sous-échelles D1, D3,

D4 de la dépression. 3) Le teste MMPI-2 est l'instrument permettant diagnostiquer en détaille les troubles dépressifs chez les femmes et chez les hommes.

Piśmiennictwo

1. Barrett E, Barrett JA, Oxman TE, Gerber PD. *The prevalence of psychiatric disorders in primary care practice*. Arch. Gen. Psychiatry 1998; 45: 1100–1106.
2. Drózdź W, Wojnar M, Araszkiewicz A, Nawacka-Pawlaczyk D, Urbański R, Ćwiklińska-Jurkowska M, Rybakowski J. *Badanie rozpowszechnienia zaburzeń depresyjnych u pacjentów podstawowej opieki zdrowotnej w Polsce*. Wiad. Lek. 2007; LX: 109–113.
3. Katon W, Ciechanowski P. *Impact of major depression on chronic medical illness*. J. Psychosom. Res. 2002; 53: 859–863.
4. Talarowska M, Florkowski A, Gałęcki P, Wysokiński A, Zboralski K. *Funkcje poznawcze depresji*. Psychiatr. Pol. 2009; XLIII: 31–40.
5. Elavsky S, Gold C. *Gender differences in the relationship between physical activity and depression*. Gerontol. 2008; 48: 174.
6. Kessler R. *Epidemiology of women and depression*. J. Affect. Disord. 2003; 74: 5–13.
7. Munce S, Stewart DE. *Gender differences in depression and chronic pain conditions in national epidemiologic survey*. Psychosom. 2007; 48: 394–399.
8. Whiffen V. *Comorbid anxiety explains gender difference in depression rates*. Psychiatr. Times 2005; 22: 74–75.
9. Newman J, Fuqua D, Gray E, Simpson D. *Gender differences in the relationship of anger and depression in a clinical sample*. J. Counsel. Develop. 2006; 84: 157–161.
10. Silverstein B, Lynch AD. *Gender differences in depression: the role played by paternal attitudes of male superiority and maternal modeling of gender-related limitations*. Sex Roles 1998; 38: 539–555.
11. Kendler KS, Thornton LM, Prescott CA. *Gender differences in the rates of exposure to stressful life events and sensitivity to depressogenic effects*. Am. J. Psychiatry 2001; 158: 587–593.
12. Kendler K, Gardner C, Gatz M, Pedersen N. *Heritability of depression higher in women than men*. Am. J. Psychiatry 2006; 163: 109–114.
13. Wenzel A, Steer RA, Beck AT. *Are there any gender differences in frequency of self-reported somatic symptoms of depression?* J. Affect. Disord. 2005; 89: 177–181.
14. Heikkinen RL, Kauppinen M. *Depressive symptoms in late life: a 10-year follow-up*. Arch. Gerontol. Geriatr. 2004; 38: 239–250.
15. Butcher JN, Dahlstrom WG, Graham JR, Tellegen A, Kraemmer B. *MMPI-2: Manual for administration and scoring*. Minneapolis: University of Minnesota Press; 1989.
16. Craford E. *Multi-method assesment of malingered depression and physical disability using the MMPI-2 and Rorachach inkblot method*. A dissertation presented to the faculty of Pacific Graduate School of Psychology Palo Alto, California; 2004.
17. Greene RL. *The MMPI-2: An interpretive manual* (2nd ed.): Needham Heights, US: Allyn & Bacon; 2000.
18. *Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych. Rewizja dziesiąta. Rozdział V: Zaburzenia psychiczne zachowania*. Kraków: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”; 1994.

19. Kucharski T, Gomuła J. *Wprowadzenie do Kwestionariusza MMPI-2*. Toruń: Pracownia Psychologii Klinicznej i Rozwoju Osobowości; 1998.
20. Kucharski T. *Współczesne sposoby przeprowadzania interpretacji wyników w Kwestionariuszu MMPI-2*. Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek; 2006.
21. Moser R, Wetzler S, Khadivi A. *The use of the MMPI-2 in the diagnosis of depression and psychosis*. New School for Social Research 1997.
22. Hamilton M. *A rating scale for depression*. J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry 1960; 23: 56–62.
23. Moonseong H, Murphy CF, Meyers BS. *Relationship between the Hamilton Depression Rating Scale and the Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale in depressed elderly*. Am. J. Geriatr. Psychiatry 2007; 15: 899–905.
24. Demyttenaere K, De Fruyt J. *Getting what you ask for : on the selectivity of depression rating scales*. Psychother. Psychosom. 2003; 72: 61–70.
25. Biles L. *A taxometric analysis of the MMPI/MMPI-2 depression scales. dissertation presented to the faculty of Pacific Graduate School of Psychology Palo Alto, California*; 2005.
26. Silverstein B. *Gender difference in the prevalence of clinical depression: the role played by depression associated with somatic symptoms*. Am. J. Psychiatry 1999; 156: 480–482.
27. Silverstein B. *Gender differences in the prevalence of somatic versus pure depression: replication*. Am. J. Psychiatry 2002; 159: 1051–1052.
28. Orton H. *A developmental approach to depression in youth: Examining the effect of child maltreatment, race and gender on the developmental trajectories of depressive symptoms*. Colorado: University of Colorado Health Sciences Center; 2008.
29. Samm A, Varnik A, Tooding LM, Sisask M, Kolves K, von Knorring AL. *Children's Depression Inventory in Estonia. Single items and factor structure by age and gender*. Eur. Child Adolesc. Psychiatry 2008; 17: 162–170.
30. Bergdahl E, Allard P, Alex L, Lundman B, Gustafson Y. *Gender differences in depression among the very old*. International Psychogeriatrics 2007; 19: 1125–1140.
31. Puura K, Almqvist F, Tamminen T, Piha J, Kumpulainen K, Rasanen E, Moilanen I, Koivisto AM. *Children with symptoms of depression – what do the adults see?* J. Child Psychol. Psychiatry 1998; 39: 577–585.
32. Li C, DiGiuseppe R, Froh J. *The roles of sex, gender, and coping in adolescent depression*. Adolesc. 2006; 41: 409–415.
33. Butwicka A, Gmitrowicz A. *Różnice w występowaniu objawów somatycznych i przebiegu epizodu depresyjnego kobiet i mężczyzn*. Psychiatr. Prakt. Ogólnolek. 2006; 6: 155–160.
34. Uebelacker LA, Strong D, Weinstock LM, Miller I. *Use of item response theory to understand differential functioning of DSM-IV major depression symptoms by race, ethnicity and gender*. Psychol. Med. 2009; 39: 591–601.
35. Sanchez M, Levenson M, Buz J, Aldwin C. *Gender and age differences in depression on sample of spanish elderly*. Gerontol. 2008; 48: 172.
36. Courtenay WH. *Engendering health: social constructionist examination of men's health beliefs and behaviours*. Psychol. Men Mascul. 2000; 1: 4–15.
37. Bair M, Wu J, Damush T, Sutherland J, Kroenke K. *Association of depression and anxiety alone and in combination with chronic musculoskeletal pain in primary care patients*. Psychosom. Med. 2008; 70: 890.

38. Ehnvall A, Mitchell P, Hadzi-Pavlovic D, Malhi G, Parker G. *Pain during depression and relationship to rejection sensitivity*. Acta Psychiatr. Scand. 2009; 119: 375.
39. Kudoh A, Katagai H, Takazawa T. *Small-dose ketamine improves the postoperative state of depressed patients*. Anesth. Analg. 2002; 95: 114–118.
40. Talarowska-Bogusz M, Florkowski A, Radomska A, Zboralski K, Gałeczki P. *Depresja i ból w przebiegu choroby zwyrodnieniowej kręgosłupa i stawu biodrowego w wieku podeszłym*. Pol. Merk. Lek. 2006; 566–569.

Badanie nie było sponsorowane.

Adres: Monika Talarowska
Klinika Psychiatrii Dorosłych
91-229 Łódź, ul. Aleksandrowska 159

Otrzymano: 27.07.2009
Zrecenzowano: 20.08.2009
Otrzymano po poprawie: 29.09.2009
Przyjęto do druku: 5.02.2010