

# Spolne razlike u anksioznosti i depresiji: biološki, psihološki i socijalni čimbenici

## *Gender Differences in Anxiety and Depression: Biological, Psychological and Social Factors*

DUNJA DEGMEČIĆ<sup>1,2</sup>, ANJA KERETA<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Klinika za psihijatriju, KBC Osijek; <sup>2</sup>Medicinski fakultet Osijek

**SAŽETAK** Spolne razlike u prevalenciji anksioznih i depresivnih poremećaja oblikovane su kombinacijom bioloških, psiholoških i socijalnih čimbenika. Prema Međunarodnoj klasifikaciji bolesti (MKB-10), anksiozni poremećaji očituju se kroz stalnu tjeskobu, strah ili paniku, često popraćeni tjelesnim simptomima poput ubrzanog rada srca, vrtoglavice, znojenja i mišićne napetosti. Depresivni poremećaj karakterizira dugotrajno sniženo raspoloženje, gubitak interesa i energije uz simptome poput poremećaja spavanja, promjene apetita i niskog samopoštovanja. Žene su dvostruko sklonije razvoju ovih poremećaja u odnosu na muškarce što postaje osobito izraženo u adolescenciji. Ovoj razlici pridonose biološki čimbenici poput hormonalnih fluktuacija, neurobioloških razlika i genetskih predispozicija. Budući da istraživanja pokazuju da žene češće rabe strategije suočavanja usmjerene na emocije, dok muškarci preferiraju rješavanje problema, psihološki čimbenici dodatno utječu na spolne razlike. Socijalni čimbenici, poput rodnih uloga i stigmatizacije mentalnog zdravlja, dodatno oblikuju ove razlike utječući na način na koji pojedinci traže pomoć i reagiraju na terapiju. Liječenje uključuje kombinaciju farmakoterapije i psihoterapije. Antidepresivi i anksiolitici često su prva linija obrane, dok psihoterapijski pristupi poput kognitivno-bihevioralne terapije (KBT) i terapije prihvatanja i posvećenosti (ACT) pomažu u dugoročnom upravljanju simptomima i sprječavanju recidiva.

**KLJUČNE RIJEČI:** anksioznost, depresivnost, spolne razlike, etiološki čimbenici, terapijski pristupi

**SUMMARY** Gender differences in the prevalence of anxiety and depressive disorders are shaped by a combination of biological, psychological, and social factors. According to the International Classification of Diseases (ICD-10), anxiety disorders manifest through persistent anxiety, fear or panic, often accompanied by physical symptoms such as palpitations, dizziness, sweating and muscle tension. Depressive disorder is characterized by prolonged low mood, loss of interest and energy with symptoms such as sleep disturbances, changes in appetite and low self-esteem. Women are twice as likely to develop these disorders compared to men, especially during adolescence. This difference is partly attributed to biological factors such as hormonal fluctuations, neurobiological differences and genetic predispositions. Psychological factors further influence gender differences, as research shows that women are more likely to use emotion-focused coping strategies while men prefer problem-solving. Social factors, including gender roles and the stigma surrounding mental health, also shape these differences affecting how individuals seek help and respond to treatment. Treatment involves a combination of pharmacotherapy and psychotherapy. Antidepressants and anxiolytics are often the first line of defense, while psychotherapeutic approaches such as cognitive-behavioral therapy (CBT) and acceptance and commitment therapy (ACT) help in long-term symptom management and relapse prevention.

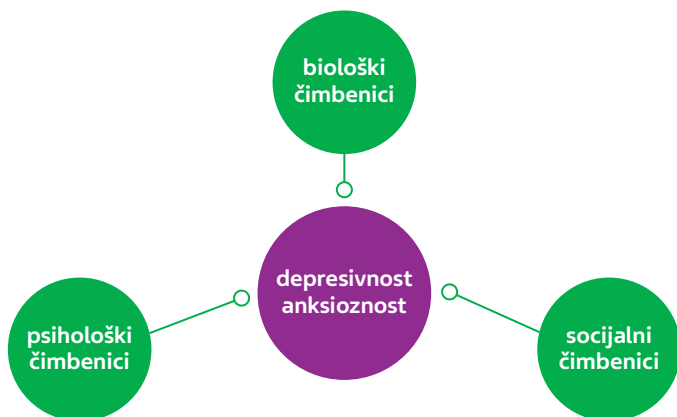
**KEY WORDS:** anxiety, depression, gender differences, etiological factors, therapy and treatment

### Uvod

U 2022. u Hrvatskoj zabilježene su ukupno 30 522 hospitalizacije zbog mentalnih poremećaja što čini 5,1 % svih hospitalizacija čime su mentalni poremećaji zauzeli 10. mjesto po učestalosti među svim hospitalizacijama (1). Anksiozni i depresivni poremećaji među najčešćim su mentalnim poremećajima. Prema Međunarodnoj klasifikaciji bolesti (MKB-10), anksiozni poremećaji karakterizirani su prisutnošću stalne tjeskobe, straha ili panike, često popraćenih tjelesnim simptomima poput ubrzanog lupanja

srca, vrtoglavice, znojenja, mišićne napetosti i osjećaja gušenja. Ovi poremećaji mogu se pojaviti u različitim oblicima, uključujući panični poremećaj, generaliziranu anksioznost i različite fobije, a u MKB-10 svrstani su u kategoriju „Neurotskih, stresom uzrokovanih i somatoformnih poremećaja“. Depresivni poremećaj obilježen je dugotrajnim sniženim raspoloženjem, gubitkom interesa i užitka u svakodnevnim aktivnostima, smanjenom energijom i osjećajem umora. Osobe s ovim poremećajem često pate od poremećaja spavanja, promjene apetita, niskog samopoštovanja, osjećaja

SLIKA 1. Etiološki čimbenici anksioznih i depresivnih poremećaja



krivnje i bezvrijednosti te mogu imati poteškoće s koncentracijom. Ovisno o težini simptoma, depresivni poremećaj može biti blag, umjeren ili težak, a svrstava se u kategoriju „Poremećaja raspoloženja“ (2). Proučavanje spolnih razlika u anksioznosti i depresiji bitno je jer razlike u učestalosti mogu otkriti važne etiološke čimbenike koji doprinose razvoju ovih poremećaja (3, 4).

## Etiološki čimbenici i spolne razlike u razvoju anksioznih i depresivnih poremećaja

Etiološki čimbenici koji utječu na razvoj i tijek poremećaja te prilagodbu terapijskih pristupa obuhvaćaju biološke, psihološke i sociološke čimbenike (5). Genetsko naslijeđe, hormonalne i neurobiološke razlike mogu učiniti osobu sklonijom razvoju određenih poremećaja te utjecati na učinkovitost terapije (6 – 13). Psihološki čimbenici zajedno s društvenim i kulturnim čimbenicima oblikuju razlike u mentalnom zdravlju i utječu na to kako pojedinci traže i primaju pomoć što direktno utječe na uspješnost liječenja (14 – 18).

Bolje razumijevanje spolnih razlika poboljšava dijagnostiku i liječenje omogućujući preciznije intervencije. Ove spoznaje mogu voditi do razvoja preventivnih mjera specifičnih za spol smanjujući učestalost i težinu ovih poremećaja u populaciji. Istraživanja pokazuju da postoji kompleksna dinamika između ovih poremećaja, osobito u kontekstu spolnih razlika. Prema dosadašnjim istraživanjima, učestalost anksioznih i depresivnih smetnji veća je kod osoba ženskog spola u usporedbi s osobama muškog spola. U ranom djetinjstvu razlike u prevalenciji anksioznosti i depresije između dječaka i djevojčica nisu značajne, no u adolescenciji djevojčice postaju znatno sklonije razvoju istih s prevalencijom koja može biti dvostruko veća nego kod dječaka (4, 9, 19 – 23).

## Biološki čimbenici

Biološki čimbenici značajno oblikuju spolne razlike u pre-

valenciji i tijeku anksioznih i depresivnih smetnji, uključujući složene interakcije hormona, neurobiološke varijacije i genetičke predispozicije. Istraživanja pokazuju značajne spolne razlike u mozgu kod osoba s depresijom. Žene imaju smanjen volumen amigdale, dok muškarci pokazuju smanjenje sive tvari u *caudate* jezgrama. Funkcionalne razlike uključuju promijenjenu aktivnost orbitofrontalnoga korteksa kod žena i prefrontalnoga korteksa kod muškaraca što utječe na regulaciju emocija i kognitivne funkcije. Također, muškarci s depresijom pokazuju oštećenje bijele tvari u cingulumu, dok žene imaju drugačije obrasce oštećenja što sugerira različite učinke depresije na mozak kod spolova (11). Hormonalne varijacije također imaju važnu ulogu u ovim razlikama. Primjerice, visoke razine estradiola tijekom menstrualnog ciklusa smanjuju negativne emocionalne reakcije na psihosocijalni stres kod žena, dok niske razine estradiola povećavaju osjetljivost na stres i rizik od razvoja anksioznih i depresivnih simptoma (6). Žene s depresijom pokazuju veću disfunkciju hipotalamičko-hipofizno-nadbubrežne (HPA) osi i višu razinu kortizola u usporedbi s muškarcima, što ukazuje na veću osjetljivost na stres. Estrogen djeluje zaštitno smanjujući stresni odgovor HPA osi, dok progesteron može povećati osjetljivost na stres posebno tijekom hormonalnih promjena poput puberteta, postpartuma i menopauze, čime se povećava rizik od depresije kod žena (13). Štoviše, žene pokazuju višu razinu neurogeneze u hipokampusu zbog utjecaja estrogena i progesterona što može utjecati na njihove odgovore na stres i povećati osjetljivost na anksioznost. Ove hormonalne razlike doprinose većem riziku od razvoja anksioznosti kod žena u odnosu na muškarce (10). Na kraju, istraživanje genetičkih predispozicija pokazalo je da zajedničke genetske varijacije značajno doprinose riziku za razvoj anksioznih poremećaja s procijenjenom nasljednošću oko 26 – 31 %. Također, identificirani su genetski lokusi povezani s anksioznošću što sugerira potencijalne biološke mehanizme, a utvrđena je i genetska povezanost anksioznosti s drugim psihijatrijskim poremećajima poput depresije (12). Ovi nalazi ukazuju na složenost bioloških mehanizama koji oblikuju spolne razlike u prevalenciji i tijeku anksioznih i depresivnih poremećaja.

## Psihološki čimbenici

Uz biološke čimbenike, psihološki čimbenici poput strategija suočavanja, osobina ličnosti i rodnih uloga također imaju značajnu ulogu u oblikovanju razlika u mentalnom zdravlju između muškaraca i žena. Znanstvena istraživanja često ukazuju na spolne razlike u strategijama suočavanja sa stresom pri čemu žene češće rabe strategije usmjerene na emocije (15, 24 – 26), dok muškarci više primjenjuju strategije usmjerene na rješavanje problema (18, 27, 28). Istraživanja također ukazuju na to da spolne razlike u emocionalnom zdravlju i strategijama suočavanja mogu varirati

ovisno o dobi (29). Dok maladaptivne strategije regulacije emocija često dovode do izraženijih simptoma anksioznosti i depresije, adaptivne strategije nisu uvijek povezane sa značajnim smanjenjem tih simptoma (30). Osim spolnih razlika u strategijama suočavanja, i osobine ličnosti imaju važnu ulogu. Rezultati istraživanja pokazuju da se razina neuroticizma kod djevojčica značajno povećava u odnosu na dječake tijekom adolescencije i ostaje visoka tijekom života. Najveća spolna razlika u neuroticizmu često se javlja u razvijenim zemljama i povezana je s procesima atribucije: u tradicionalnijim društvima spolno ponašanje pripisuje se rodnim ulogama, dok se u manje tradicionalnim društvima pripisuje intrinzičnim osobinama (31). Nadalje, iako se sugerira da neuroticizam može predstavljati veći rizik za razvoj depresije kod žena, dokazi za to ostaju donekle nejednolični (16, 17). Rezultati pregleda relevantnih istraživanja Farhane-Medina i suradnika (32) otkrivaju da rodne uloge značajno oblikuju razvoj psihosocijalnih karakteristika koje često predstavljaju rizične faktore za žene, dok istovremeno djeluju kao zaštitni faktori za muškarce u pogledu pojave i tijeka anksioznosti. Neki autori upozoravaju na pristranost u tumačenju nižih razina anksioznosti kod muškaraca ističući da rodne uloge potiču njihovu sklonost samostalnom rješavanju problema umjesto traženja pomoći (33). U kombinaciji s nedostatkom svijesti o anksioznosti, nelagodnom pri suočavanju s emocijama, ograničenim resursima i nepovjerenjem prema pomoći to može povećati rizik od anksioznosti kod muškaraca (34). Metaanaliza Lin i suradnika (35) otkriva da rodne uloge značajno utječu na rizik od depresije pri čemu muška rodna uloga djeluje kao zaštitni faktor, ali njezin učinak slabi s godinama. Kod žena, slaba, ali statistički značajna negativna povezanost između depresije i ženske rodne uloge postaje izraženija s višim obrazovanjem i prihodom. Androgine osobe izvještavaju o najnižim razinama depresije, a ta se razlika povećava s dobi i ekonomskim statusom.

## Socijalni čimbenici

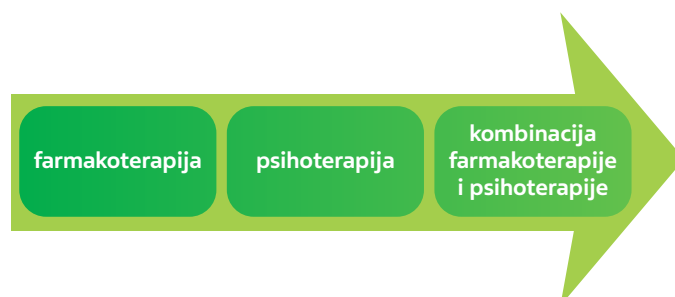
Socijalni čimbenici obuhvaćaju utjecaj društvenih uloga i očekivanja, specifične stresore povezane s rodnim razlikama te kulturalne čimbenike i stigmatizaciju. U proučavanju stresora u kontekstu mentalnog zdravlja uočeno je da se njihovi učinci razlikuju ovisno o spolu. Žene se češće suočavaju s izazovom usklađivanja profesionalnih i obiteljskih obaveza što ih izlaže dodatnom stresu zbog rodne nejednakosti i visokih očekivanja u ispunjavanju različitih uloga. S druge strane, muškarci osjećaju pritisak da budu primarni nositelji financijske odgovornosti u obitelji te da ostanu emocionalno suzdržani dok ih ambicije za profesionalnim uspjehom i pridržavanje normi muškosti izlažu visokim razinama stresa (36 – 38). Za žene specifični stresori uključuju nejednakost u radnom okruženju (39 – 41), dok muškarci često

osjećaju pritisak da postignu profesionalni uspjeh i učinkovito se nose s kriznim situacijama (42). Vogel i suradnici (43) otkrivaju da percepcija javne stigme pojačava samostigmu što negativno utječe na stavove prema traženju psihološke pomoći osobito kod muškaraca, a koji zbog toga rjeđe traže pomoć u odnosu na žene. Usporedno s tim, Heise i suradnici (44) ističu da kulturni čimbenici, uključujući tradicionalne rodne uloge i društvena očekivanja, mogu opravdati nasilje nad ženama te ih spriječiti da potraže pomoć zbog straha od stigmatizacije. Ovi uvidi upućuju na potrebu za integriranim pristupom koji bi smanjenjem stigma olakšao pristup psihološkoj podršci za oba spola prilikom suočavanja s emocionalnim poteškoćama.

## Pristupi liječenju anksioznih i depresivnih poremećaja

Liječenje anksioznih i depresivnih poremećaja obuhvaća niz terapijskih postupaka koji se mogu prilagoditi individualnim potrebama pacijenata. Primjena psihofarmaka čest je terapijski postupak u ovim dijagnostičkim kategorijama. U skladu s preporukama prvu liniju terapije čine antidepresivi (selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina, SSRI; selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina i noradrenalina, SNRI), obično na početku liječenja u kombinaciji s anksioliticima (benzodiazepinima), te se potom postupno nakon nekoliko tjedana benzodiazepine isključuje iz terapije. U slučaju akutne anksioznosti indicirano je primjenjivati kratkoročno monoterapiju benzodiazepinima zbog svoga brzog djelovanja (45). Farmakoterapija je često prvi izbor u liječenju, no psihoterapija također ima značajnu ulogu pružajući različite okvire za razumijevanje i rješavanje psiholoških problema te dugoročni oporavak (46). Psihoterapijski pristupi obuhvaćaju različite pravce, a neki od poznatijih su kognitivno-bihevioralna terapija (KBT), terapija prihvaćanja i posvećenosti (ACT), interpersonalna terapija (IPT), psihodinamska terapija, terapija usmjerena na emocije (EFT), humanistička terapija, geštalt terapija i sistemska terapija. Novija istraživanja pokazuju da su psihoterapijski pravci poput KBT-a i ACT-a posebno učinkoviti u liječenju anksioznih i depresivnih simptoma pri čemu KBT smanjuje simp-

SLIKA 2. Terapijski postupci u liječenju anksioznih i depresivnih poremećaja



tome, dok ACT doprinosi dugoročnom upravljanju kroz razvoj psihološke fleksibilnosti (47, 48). U praksi se često rabi kombinacija farmakoterapije i psihoterapije za postizanje optimalnih rezultata pri čemu farmakoterapija pruža relativno brzo i učinkovito olakšanje od akutnih simptoma, dok psihoterapija pomaže u dugoročnom upravljanju i smanjenju rizika od recidiva (49, 50).

## Zaključak

Spolne razlike u prevalenciji i manifestaciji anksioznosti i depresije rezultat su složene interakcije bioloških, psiholoških

kih i socijalnih čimbenika. Biološki čimbenici, poput hormonskih i neurobioloških razlika, igraju ključnu ulogu u povećanoj osjetljivosti žena na ove poremećaje. Psihološki čimbenici, kao što su strategije suočavanja i osobine ličnosti, dodatno oblikuju spolne razlike, dok socijalni čimbenici, uključujući rodne uloge i stigmatizaciju, utječu na to kako pojedinci traže pomoć i reagiraju na terapiju. Razumijevanje ovih razlika ključno je za razvoj ciljanih i učinkovitih intervencija koje mogu smanjiti učestalost i težinu anksioznosti i depresije u populaciji.

## LITERATURA

- Silobrčić Radić M, Švigir I. Mentalni poremećaji u Republici Hrvatskoj. Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo; 2023. Dostupno na: <https://www.hzjz.hr/periodicne-publikacije/mentalni-poremećaji-u-republici-hrvatskoj-zagreb-2023/>. Datum pristupa: 25. 11. 2024.
- Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema - Deseta revizija (MKB-10). 2. izd. Zagreb: Medicinska naklada; 2012.
- Degmečić D, i suradnici. Mentalno zdravlje žena. 2. izd. Zagreb: Medicinska naklada; 2024.
- Piccinelli M, Wilkinson G. Gender differences in depression. Critical review. *Br J Psychiatry*. 2000 Dec;177:486-92. doi: 10.1192/bjp.177.6.486.
- Degmečić D, i suradnici. Psihijatrija. Zagreb: Medicinska naklada; 2024.
- Albert PR. Why is depression more prevalent in women? *J Psychiatry Neurosci*. 2015 Jul;40(4):219-21. doi: 10.1503/jpn.150205.
- Albert KM, Newhouse PA. Estrogen, Stress, and Depression: Cognitive and Biological Interactions. *Annu Rev Clin Psychol*. 2019 May 7;15:399-423. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-050718-095557.
- Bangasser DA, Valentino RJ. Sex differences in stress-related psychiatric disorders: neurobiological perspectives. *Front Neuroendocrinol*. 2014 Aug;35(3):303-19. doi: 10.1016/j.yfrne.2014.03.008.
- Kundakovic M, Rocks D. Sex hormone fluctuation and increased female risk for depression and anxiety disorders: From clinical evidence to molecular mechanisms. *Front Neuroendocrinol*. 2022 Jul;66:101010. doi: 10.1016/j.yfrne.2022.101010.
- Marques AA, Bevilaqua MC, da Fonseca AM, Nardi AE, Thuret S, Dias GP. Gender Differences in the Neurobiology of Anxiety: Focus on Adult Hippocampal Neurogenesis. *Neural Plast*. 2016;2016:5026713. doi: 10.1155/2016/5026713.
- Mohammadi S, Seyedmirzaei H, Salehi MA, Jahanshahi A, Zakavi SS, Dehghani Firouzabadi F i sur. Brain-based Sex Differences in Depression: A Systematic Review of Neuroimaging Studies. *Brain Imaging Behav*. 2023 Oct;17(5):541-569. doi: 10.1007/s11682-023-00772-8.
- Purves KL, Coleman JRI, Meier SM, Rayner C, Davis KAS, Cheesman R i sur. A major role for common genetic variation in anxiety disorders. *Mol Psychiatry*. 2020 Dec;25(12):3292-3303. doi: 10.1038/s41380-019-0559-1.
- Young E, Korszun A. Sex, trauma, stress hormones and depression. *Mol Psychiatry*. 2010 Jan;15(1):23-8. doi: 10.1038/mp.2009.94.
- Corrigan PW, Druss BG, Perlick DA. The Impact of Mental Illness Stigma on Seeking and Participating in Mental Health Care. *Psychol Sci Public Interest*. 2014 Oct;15(2):37-70. doi: 10.1177/1529100614531398.
- Graves BS, Hall ME, Dias-Karch C, Haischer MH, Apter C. Gender differences in perceived stress and coping among college students. *PLoS One*. 2021 Aug 12;16(8):e0255634. doi: 10.1371/journal.pone.0255634.

16. Hakulinen C, Elovainio M, Pulkki-Råback L, Virtanen M, Kivimäki M, Jokela M. Personality and depressive symptoms: individual participant meta-analysis of 10 cohort studies. *Depress Anxiety*. 2015 Jul;32(7):461-70. doi: 10.1002/da.22376.
17. Kendler KS, Gardner CO. Sex differences in the pathways to major depression: a study of opposite-sex twin pairs. *Am J Psychiatry*. 2014 Apr;171(4):426-35. doi: 10.1176/appi.ajp.2013.13101375.
18. Tamres LK, Janicki D, Helgeson VS. Sex differences in coping behavior: a meta-analytic review and an examination of relative coping. *Pers Soc Psychol Rev*. 2002;6(1):2-30. doi:10.1207/S15327957PSPR0601\_1.
19. Seedat S, Scott KM, Angermeyer MC, Berglund P, Bromet EJ, Brugha TS i sur. Cross-national associations between gender and mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Arch Gen Psychiatry*. 2009 Jul;66(7):785-95. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2009.36.
20. McLean CP, Asnaani A, Litz BT, Hofmann SG. Gender differences in anxiety disorders: prevalence, course of illness, comorbidity and burden of illness. *J Psychiatr Res*. 2011 Aug;45(8):1027-35. doi: 10.1016/j.jpsychires.2011.03.006.
21. Egger HL, Angold A. Common emotional and behavioral disorders in preschool children: presentation, nosology, and epidemiology. *J Child Psychol Psychiatry*. 2006 Mar-Apr;47(3-4):313-37. doi: 10.1111/j.1469-7610.2006.01618.x. PMID: 16492262.
22. Thapar A, Collishaw S, Pine DS, Thapar AK. Depression in adolescence. *Lancet*. 2012 Mar 17;379(9820):1056-67. doi: 10.1016/S0140-6736(11)60871-4.
23. Kuehner C. Why is depression more common among women than among men? *Lancet Psychiatry*. 2017 Feb;4(2):146-158. doi: 10.1016/S2215-0366(16)30263-2.
24. Nolen-Hoeksema S, Larson J, Grayson C. Explaining the gender difference in depressive symptoms. *J Pers Soc Psychol*. 1999 Nov;77(5):1061-72. doi: 10.1037//0022-3514.77.5.1061.
25. Nolen-Hoeksema S. Gender differences in depression. *Curr Dir Psychol Sci*. 2001;10(5):173-6.
26. Johnson DP, Whisman MA. Gender differences in rumination: A meta-analysis. *Pers Individ Dif*. 2013 Aug;55(4):367-374. doi: 10.1016/j.paid.2013.03.019.
27. Guskowska M, Zagórska-Pachucka A, Kuk A, Skwarek K. Gender as a factor in differentiating strategies of coping with stress used by physical education students. *Health Psychol Rep*. 2016;4(3):237-45. doi:10.5114/hpr.2016.57681.
28. Theodoratou M, Farmakopoulou I, Kougioumtzis G, Kaltsouda A, Siouti Z, Sofologi M i sur. Emotion-focused coping, social support and active coping among university students: gender differences. *J Psychol Clin Psychiatry*. 2023;14(1):5-9. doi:10.15406/jp-cpy.2023.14.00720.
29. Ricarte Trives JJ, Navarro Bravo B, Latorre Postigo JM, Ros Segura L, Watkins E. Age and Gender Differences in Emotion Regulation Strategies: Autobiographical Memory, Rumination, Problem Solving and Distraction. *Span J Psychol*. 2016 Jul 18;19:E43. doi: 10.1017/sjp.2016.46.
30. Nolen-Hoeksema S, Aldao A. Gender and age differences in emotion regulation strategies and their relationship to depressive symptoms. *Pers Individ Dif*. 2011;51(6):704-8. doi:10.1016/j.paid.2011.06.012.
31. Costa PT, Terracciano A, McCrae RR. Gender differences in personality traits across cultures: robust and surprising findings. *J Pers Soc Psychol*. 2001 Aug;81(2):322-331. doi: 10.1037/0022-3514.81.2.322.
32. Farhane-Medina NZ, Luque B, Tabernero C, Castillo-Mayén R. Factors associated with gender and sex differences in anxiety prevalence and comorbidity: A systematic review. *Sci Prog*. 2022 Oct-Dec;105(4):368504221135469. doi: 10.1177/00368504221135469.
33. Fisher K, Seidler ZE, King K, Oliffe JL, Rice SM. Men's anxiety: A systematic review. *J Affect Disord*. 2021 Dec 1;295:688-702. doi: 10.1016/j.jad.2021.08.136.
34. Clark LH, Hudson JL, Dunstan DA, Clark GI. Barriers and facilitating factors to help-seeking for symptoms of clinical anxiety in adolescent males. *Aust J Psychol*. 2018;70(1):48-56. doi:10.1111/ajpy.12191.
35. Lin J, Zou L, Lin W, Becker B, Yeung A, Cuijpers P, Li H. Does gender role explain a high risk of depression? A meta-analytic review of 40 years of evidence. *J Affect Disord*. 2021 Nov 1;294:261-278. doi: 10.1016/j.jad.2021.07.018.
36. Simon RW. Gender, multiple roles, role meaning, and mental health. *J Health Soc Behav*. 1995 Jun;36(2):182-94.
37. Cinamon RG, Rich Y. Gender differences in the importance of work and family roles: implications for work-family conflict. *Sex Roles*. 2002;47(11-12):531-41. doi:10.1023/A:1022021804846.
38. Boettcher N, Mitchell J, Lashewicz B, Jones E, Wang J, Gundu S i sur. Men's Work-Related Stress and Mental Health: Illustrating the Workings of Masculine Role Norms. *Am J Mens Health*. 2019 Mar-Apr;13(2):1557988319838416. doi: 10.1177/1557988319838416.
39. Heilman ME, Okimoto TG. Why are women penalized for success at male tasks?: the implied communality deficit. *J Appl Psychol*. 2007 Jan;92(1):81-92. doi: 10.1037/0021-9010.92.1.81.
40. Goldin C. A grand gender convergence: its last chapter. *Am Econ Rev*. 2014;104(4):1091-119. doi:10.1257/aer.104.4.1091.
41. Bertrand M, Goldin C, Katz LF. Dynamics of the gender gap for young professionals in the financial and corporate sectors. *Am Econ J Appl Econ*. 2010;2(3):228-55. doi:10.1257/app.2.3.228.
42. Oliffe JL, Han CS. Beyond workers' compensation: men's mental health in and out of work. *Am J Mens Health*. 2014 Jan;8(1):45-53. doi: 10.1177/1557988313490786.
43. Vogel DL, Wade NG, Hackler AH. Perceived public stigma and the willingness to seek counseling: the mediating roles of self-stigma and attitudes toward counseling. *J Couns Psychol*. 2007;54(1):40-50. doi:10.1037/0022-0167.54.1.40.
44. Heise LL. Violence against women: an integrated, ecological framework. *Violence Against Women*. 1998 Jun;4(3):262-90. doi: 10.1177/1077801298004003002.

45. Medix. Kliničke smjernice za liječenje depresivnog poremećaja. Medix. 2013;19(106):1-12. Dostupno na: <https://www.medix.hr/klinicke-smjernice-za-lijecenje-depresivnog-poremeccaja>. Datum pristupa: 25. 11. 2024.
46. Cuijpers P, Karyotaki E, Weitz E, Andersson G, Hollon SD, van Straten A. The effects of psychotherapies for major depression in adults on remission, recovery and improvement: a meta-analysis. *J Affect Disord*. 2014 Apr;159:118-26. doi: 10.1016/j.jad.2014.02.026.
47. Hofmann SG, Asnaani A, Vonk IJ, Sawyer AT, Fang A. The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-analyses. *Cognit Ther Res*. 2012 Oct 1;36(5):427-440. doi: 10.1007/s10608-012-9476-1.
48. A-Tjak JG, Davis ML, Morina N, Powers MB, Smits JA, Em-  
melkamp PM. A meta-analysis of the efficacy of acceptance and commitment therapy for clinically relevant mental and physical health problems. *Psychother Psychosom*. 2015;84(1):30-6. doi: 10.1159/000365764.
49. Hofmann SG, Sawyer AT, Korte KJ, Smits JA. Is it Beneficial to Add Pharmacotherapy to Cognitive-Behavioral Therapy when Treating Anxiety Disorders? A Meta-Analytic Review. *Int J Cogn Ther*. 2009 Jan 1;2(2):160-175. doi: 10.1521/ijct.2009.2.2.160. PMID: 19714228; PMCID: PMC2732196.
50. Otto MW, Smits JA, Reese HE. Combined psychotherapy and pharmacotherapy for mood and anxiety disorders in adults: review and analysis. *Clin Psychol Sci Prac*. 2005;12(1):72-86. doi:10.1093/clipsy/bpi009.

**ADRESA ZA DOPISIVANJE:**

prof. prim. dr. sc. Dunja Degmečić, dr. med.  
Klinika za psihijatriju, KBC Osijek  
Josipa Huttlera 4, 31 000 Osijek  
e-mail: degmecic.dunja@kbco.hr

**PRIMLJENO/RECEIVED:**

22. rujna 2024./September 22, 2024

**PRIHVAĆENO/ACCEPTED:**

2. prosinca 2024./December 2, 2024

