

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

## Wstęp

W obecnych czasach zjawisko depresji jest coraz częstsze i dotyka ono coraz więcej osób. Nawet jeśli nie wpływa ono bezpośrednio na nas, mogą borykać się z nim nasi bliscy lub znajomi. Wiele osób już wie jakie są typowe objawy tej choroby, stąd często pojawiają się krzywdzące porównania tego poważnego zaburzenia psychicznego do bycia w tak zwanym “dołku” lub po prostu bycia smutnym. W XX wieku zaczęto badać występowanie różnych objawów depresji w zależności od płci w odniesieniu do diagnozowania tej choroby, oraz wskaźników prób samobójczych zakończonych śmiercią. Faktem jest, że to zaburzenie częściej diagnozuje się u kobiet (w stosunku 3:1 do mężczyzn), lecz statystyki ujawniają niepokojący fakt, iż to mężczyźni popełniają częściej samobójstwo (od 3-10 razy częściej niż kobiety).

Uważa się, że depresja jest jednym z głównych czynników ryzyka zachowań suicydalnych, więc ta dysproporcja jest wielce niepokojąca. Dane te potwierdza raport WHO ( World Health Organisation) z 2016 roku. Polska pod względem liczby samobójstw jest na 19 miejscu na świecie, lecz biorąc pod uwagę ich ilość wśród mężczyzn, to już na 11.

Tabela nr. 1 *Wybrane dane z raportu WHO z 2016 roku na temat samobójstw na świecie.*

| Kraj    | Płeć      | Liczba popełnionych samobójstw (w każdym wieku) |
|---------|-----------|-------------------------------------------------|
| Polska  | Kobiety   | 845                                             |
|         | Mężczyźni | 5330                                            |
| Niemcy  | Kobiety   | 3199                                            |
|         | Mężczyźni | 7946                                            |
| Francja | Kobiety   | 3854                                            |
|         | Mężczyźni | 7600                                            |
| USA     | Kobiety   | 11746                                           |
|         | Mężczyźni | 37648                                           |
| Rosja   | Kobiety   | 7275                                            |
|         | Mężczyźni | 37398                                           |

Według danych policyjnych w roku 2016 o 100% więcej osób popełniło samobójstwo, niż zginęło w wypadkach samochodowych.

## Powstanie koncepcji męskiej depresji

Jednymi z badań wskazującymi na występowanie atypowych objawów depresji u mężczyzn jest podsumowanie programu diagnozowania i leczenia depresji na Gotlandii (Szwecja) w latach 80 ubiegłego stulecia. Program ten miał na celu walkę z rosnącą liczbą samobójstw, wzrostem hospitalizacji psychiatrycznych oraz zwiększoną liczbą używanych leków uspokajających na Gotlandii spowodowaną zmianami społecznymi (bezrobocie, spadek poziomu życia). Dzięki niemu lekarze pierwszego kontaktu pracujący na wyspie zostali przeszkoleni, by móc jak najszybciej zdiagnozować potencjalnych chorych. Realizacja programu przebiegała na podstawie typowych objawów depresji i odniosła sukces. Częstotliwość samobójstw oraz liczba osób hospitalizowanych psychiatrycznie spadła. Wzrosła natomiast liczba przepisywanych leków antydepresyjnych, a spadła liczba używania leków uspokajających i nasennych. Program ten podkreślił wagę wczesnego rozpoznania i skutecznego leczenia depresji w walce z samobójstwami. Po jego zakończeniu liczba samobójstw zaczęła wzrastać ponownie. Po dokładnej analizie wyników tego programu okazało się, że odniósł on oczekiwany skutek u kobiet, lecz liczba odbierania sobie życia przez mężczyzn pozostała nienaruszona. Wyniki wskazywały też na to, że mężczyźni, którzy popełnili samobójstwo podczas trwania projektu nie korzystali z żadnej pomocy specjalistycznej. Dodatkowo byli oni znani lokalnej policji oraz pomocy społecznej z powodu ekscesów alkoholowych i przemocy domowej.

W latach 90 Szwedzki Komitet ds. Zapobiegania i Leczenia Depresji (Swedish Committee for the Prevention and Treatment of Depression, PTD) podjął się znów podobnego projektu na Gotlandii. Po analizie okazało się, że przyniósł on skutki tylko u kobiet. Jednym z wyjaśnień takiej zależności mogło być to, że oba programy oparto na typowych objawach depresji i przez to mężczyźni pytani o typowe symptomy odpowiadali przecząco, gdyż w większości przypadków nie miały one odniesień do ich przeżywania choroby. Analizując oba programy badacze doszli do wniosku, że różnice w objawach depresji u płci mogą utrudniać jej diagnozowanie i leczenie. Do tego samego wniosku doszli amerykańscy badacze Cochran i Rabinowitz (2003)\*. W ich pracy można było wyczytać, że depresja u mężczyzn znacznie rzadziej niż u kobiet jest diagnozowana i w rezultacie leczona.

## Porównanie do typowej depresji

Najczęściej przyczyny depresji u kobiet związane są z problemami i konfliktami interpersonalnymi, natomiast u mężczyzn są to problemy zawodowe i prawne (Addis i Mahalik, 2003)\*. Różnice między obiema płciami wiążą się również z samymi objawami depresji. U kobiet częściej odnotowuje się objawy internalizacyjne, a u mężczyzn eksternalizacyjne (Genuchi i Mitsunaga, 2015)\*. Odmienność przeżywania pojawia się również przy okazji występowania objawów hipochondrycznych (częstszych u kobiet - Silverstein, 2002)\*. U mężczyzn stwierdzono również zależność pomiędzy wysokością zarobków a zachowaniami suicydalnymi (Sher, 2006)\*, która u kobiet nie występuje. Przyglądając się czynnikom ryzyka wystąpienia depresji u kobiet, a u mężczyzn można zauważyć znaczące różnice.

Przyczyną depresji u mężczyzn może być: samotność (nie występująca u kobiet), rozwód (nie występująca u kobiet), bezrobocie (nie występująca u kobiet), problemy zawodowe (nie występująca u kobiet), orientacja homoseksualna. Możliwe przyczyny depresji u kobiet między innymi to: poziom wykształcenia, bycie gospodynią domową (bardzo ważne), problemy w związkach, samotne wychowywanie dzieci, brak wsparcia ze strony bliskich, opieka nad ciężko chorym członkiem rodziny, wykorzystanie seksualne w dzieciństwie.

Mężczyźni, tak jak objawy, mają odmienny od kobiet sposób radzenia sobie z depresją. Często jest to: nadużywanie substancji alkoholowych i psychoaktywnych, zachowania ryzykowne (np. szybka i niebezpieczna jazda samochodem), drażliwość, całkowite wycofanie. Z danych policyjnych również wynika fakt, iż mężczyźni znacząco częściej popełniają samobójstwo będąc pod wpływem alkoholu lub/i narkotyków. Przed dokonaniem samobójstwa zdecydowanie rzadziej poszukują wsparcia specjalistycznego, jak i u najbliższych. Często ten czyn jest również szokiem dla najbliższych, właśnie przez tą niechęć do szukania pomocy. Nawet lekarze pierwszego kontaktu rzadziej zakładają występowanie depresji u mężczyzn niż u kobiet. Agresja jako objaw jest często mylona z charakterem pacjenta (oczywiście agresja która wcześniej nie występowała). W 2012 roku zostały przeprowadzone wywiady z mężczyznami po próbach samobójczych wysokiego ryzyka. Wykazały one, że przed podjęciem decyzji o próbie odebrania sobie życia doświadczali oni długotrwałego cierpienia i bólu psychicznego (występuje również u kobiet), ale go nie ujawniali. Uważali, że muszą poradzić sobie z nim sami. Po całym porównaniu warto podkreślić fakt, iż temat depresji u kobiet jest znacząco częściej badany niż u mężczyzn w stosunku 2:1 lub 3:1 (Addis, 2008)\*.

Wiele z tych badań próbowało wyjaśnić, dlaczego kobiety częściej dotykane są przez tę chorobę z pominięciem różnic międzypłciowych w objawach.

## **Objawy atypowej depresji u mężczyzn i narzędzia jej badania**

Należy odpowiednio podkreślić fakt, iż możliwość występowania atypowych objawów depresji u mężczyzn nie znaczy, że mężczyzna nie może mieć objawów typowych. Atypowymi objawami mogą być: zachowania agresywne, nagłe wybuchy złości, nadużywanie substancji psychoaktywnych, popadanie w pryncolizm, nadaktywność fizyczna, podejmowanie zachowań ryzykownych, wyniszczająca aktywność fizyczna, przypadkowe i częste kontakty seksualne, duży spadek odporności na stres, objawy wypalenia, presja, zmęczenie, wycofanie się od rodziny (np. “zostawcie mnie w spokoju, wolę być sam”), silne tłumienie emocji, bezsenność. Za to smutek, żal, płaczliwość, które są objawami typowymi, występują znacznie rzadziej. Często osoby chorujące na depresję pytane przez rodzinę o zmiany w zachowaniu odpowiadają, że nic się nie dzieje, albo że to chwilowy problem w ich życiu i nie ma co się martwić. Takie odpowiedzi wiążą się z tym, że chorzy nie chcą obarczać “swoimi” problemami innych.

Atypowe objawy depresji u mężczyzn spowodowały badania nad odmienną formą tej choroby, a zatem badania nad opracowaniem nowej metody diagnostycznej. Najbardziej znanym narzędziem jest Gotland Male Depression Scale (GMDS) Rutza (Rutz, 1999; Rutz et al., 1995)\*. Skala ta opiera się na 13 pytaniach o ostatni miesiąc życia badanego. Pytania dotyczą zarówno odniesień do typowych jak i atypowych objawów. Skala ta została zaadaptowana między innymi do Włoch, Chin, Islandii i Polski. (w Polsce przez Jana Chodkiewicza).

Kolejną metodą jest Male Depression Risk Scale (MDRS-22) autorstwa Rice'a i wsp. (2013)\*. Zawiera ona z 44 pytań i 6 podskal. Metoda ta jest dokładniej opisana w artykule dr. hab Jana Chodkiewicza pt. "Męska depresja – koncepcja, metody pomiaru i związku z zachowaniami samobójczymi".

## Geneza męskiej depresji

Poza czynnikami hormonalnymi (np. poziomem testosteronu) najczęściej wymienia się podporządkowywanie mężczyzn do norm społecznych i kulturowych, jako główne przyczyny ryzyka wystąpienia depresji. Takie normy zwykle uznają, że mężczyzna musi być: silny fizycznie i psychicznie, odporny na ból, niezależny, opanowany, podejmować ryzyko, unikać wszystkiego co "kobiece", przeżywać przygody, w wielu sytuacjach przejawiać agresję, podejmować częste kontakty i podboje seksualne, powinien dominować w relacjach z kobietami, manifestować niechęć do homoseksualizmu, podkreślać swoją heteroseksualność, aktywny fizycznie, samodzielny, racjonalny, ambitny, zorientowany na cel, przywiązany do pracy, utrzymywać status społeczny. Prawdopodobnie znany nam stereotyp mężczyzny zawiera się w wyżej wymienionych stwierdzeniach. Odwołując się do tych norm mężczyzna chorujący na depresję ma bardzo duże opory w okazywaniu np. emocji ponieważ powinien być opanowany. To powoduje, że klasyczne objawy są postrzegane jako "niemęskie", więc się je tłumi i łagodzi związkami psychoaktywnymi. Oczywiście w większości przypadków jest to zależne od podświadomości i niezależne od woli chorego. Na podstawie takiego stereotypu, objawów i przyczyn atypowej depresji możemy stworzyć hipotetyczny ciąg przyczynowo skutkowy depresji:

*Mamy trudności życiowe, grozi nam utrata lub zagrożenie zasobów co jest sprzeczne ze stereotypem. Powoduje to silny stres, cierpienie. Z tymi odczuciami radzimy sobie poprzez używki co powoduje pogłębienie się objawów. Pojawiają się problemy ze snem, wypalenie zawodowe, rozwój problemów alkoholowych, co z kolei powoduje kolejne pogłębianie objawów. Rozwija się ból psychiczny trudny do zniesienia, uzależnienia od używek są w mocno zaawansowanym stadium, pojawiają się problemy z codziennym funkcjonowaniem. Całość sytuacji ostatecznie powoduje myśli samobójcze.*

(hipoteza na podstawie podobnej przedstawionej przez dr. hab Jana Chodkiewicza)

# Podsumowanie i przemyślenia autora

W chorobach psychicznych często występuje zjawisko “przeszacowania woli”. Polega ono na wymaganiu od osoby z zaburzeniami psychicznymi by pokonała je siłą woli, używając wyrażen pokroju “weź się w garść”. Przy chorobach fizycznych nikt nie stosuje tego typu sformułowań, gdyż jesteśmy świadomi istoty pójścia do lekarza i szybkiej reakcji. Należy pamiętać, że choroby psychiczne trzeba leczyć tak samo jak inne i są małe szanse, że poradzimy sobie z nimi bez pomocy specjalistycznej.

Dzięki zwróceniu uwagi przez badaczy na możliwość występowania atypowych objawów depresji u mężczyzn w 2003 roku w USA powstała kampania “Real Man, Real Depression” (w wolnym tłumaczeniu “prawdziwy mężczyzna, prawdziwa depresja”). Kampania ta miała na celu podniesienie świadomości społecznej odnośnie do objawów i leczenia tej choroby u mężczyzn oraz na pogłębieniu wiedzy lekarzy (zwłaszcza rodzinnych), a także na jej diagnozowaniu i leczeniu. Dzięki niej wyemitowano wiele specjalnych programów w radiu i telewizji, wydano wielu broszur informacyjnych oraz prowadzono specjalną stronę internetową. Dzięki tej kampanii można było się dowiedzieć jak wyglądają objawy i leczenie depresji u mężczyzn, oraz o plusach i minusach zastosowania psychoterapii i farmakoterapii. Zainteresowanie tą tematyką znacznie przewyższyło oczekiwania.

Wielu autorów prac na temat tego zagadnienia zgadza się, że depresyjni mężczyźni rzadziej szukają pomocy niż kobiety oraz częściej stosują dysfunkcyjne wzorce radzenia sobie ze stresem, a diagnostyka skupia się w większym stopniu na objawach typowych dla kobiet. Choć wielu z nich poddaje w wątpliwość niektóre stwierdzenia, wszyscy jednogłośnie twierdzą, że ten temat wymaga dalszych poszukiwań oraz badań.

Praca ta nie powstałaby bez ogromnego wkładu dr. hab Jana Chodkiewicza w przetłumaczenie oraz napisanie prac o męskiej depresji w języku polskim. Dzięki niemu praca ta może edukować i zwracać uwagę na atypowość tej choroby u mężczyzn.

Praca nosi identyczną nazwę z pracą dr. hab Jana Chodkiewicza, by podkreślić jego wkład w badanie tego tematu w Polsce.

---

## Piśmiennictwo:

Praca została w dużej mierze oparta o artykuły oraz wiedzę dr. hab Jana Chodkiewicza. Artykuł pt. “Męska depresja – koncepcja, metody pomiaru i związki z zachowaniami samobójczymi”

Wykład prof UŁ dr hab. Jana Chodkiewicza na platformie SoundCloud Uniwersytetu Łódzkiego.

\*- dane dot. piśmiennictwa oparte na wiedzy i artykule dr. hab Jana Chodkiewicza

Cochran SV, Rabinowitz FE: Gender-sensitive recommendations for assessment and treatment of depression in men. Prof Psychol Res Pr 2003; 34: 132–140.

Addis ME, Mahalik JR: Men, masculinity, and the contexts of help seeking. Am Psychol 2003; 58: 5–14.

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.

Silverstein B: Gender differences in the prevalence of somatic versus pure depression: a replication. *Am J Psychiatry* 2002; 159: 1051–1052.

Sher L: Per capita income is related to suicide rates in men but not in women. *J Mens Health Gend* 2006; 3: 39–42.

Addis ME: Gender and depression in men. *Clin Psychol Sci Prac* 2008; 15: 153–168.