

FUNDACJA

NIE WIDĄĆ PO MNIE x Szymon Makuch

BIEG PO EMOCJE

Męska depresja

problem, którego nie widać

Epidemiologia, nietypowe objawy,
maski, zasłony dymne, sposoby leczenia

FUNDACJA

NIE WIDĄĆ PO MNIE x Szymon Makuch

BIEG PO EMOCJE

Tytuł: Męska depresja – problem, którego nie widać

Podtytuł: Epidemiologia, nietypowe objawy, maski, zastony dymne, sposoby leczenia

Autor: Urszula Szybowicz

Nadzór merytoryczny: Ewa Narkiewicz-Nejno, Joanna Kamer

Korekta: Kamila Olejnik

Skład: Katarzyna Siedziewska

ISBN: 978-83-68385-13-7

Ebook powstał w ramach projektu:

Bieg po emocje – Szymon Makuch i Fundacja Nie Widać Po Mnie

Bieg po emocje przez Szkocję dla mężczyzn pogrążonych w depresji

Warszawa 2025

Męska depresja

– problem, którego nie widać

Epidemiologia, nietypowe objawy,
maski, zasłony dymne, sposoby leczenia

Spis treści:

1. Wstęp
2. Czym jest depresja?
3. Męska depresja – epidemiologia: Czy naprawdę kobiety doświadczają zaburzeń nastroju częściej?
4. Nietypowe objawy męskiej depresji: Co powinno niepokoić najbliższych
5. Maski męskiej depresji: jak mężczyźni ukrywają spadek nastroju przed światem i sobą?
6. Diagnoza i leczenie
7. Kwestionariusz zdrowia – test przesiewowy w kierunku depresji

Wstęp

Depresja dotyka coraz więcej osób w populacji ogólnej. Według danych WHO (2023) zaburzenia depresyjne dotyczą ok. 5% dorosłych na świecie [1], co odpowiada około 228 mln osób powyżej 18 roku życia.

Według Raportu "NFZ o zdrowiu" w 2023 r. udzielono 808,7 tys. świadczeń z rozpoznaniem głównym lub współistniejącym depresji, najwięcej w grupie wiekowej 65–74 lata (18,5% oraz 55–64 lata (17,7%)). [2] Szacunkowe dane mówią, że z zaburzeniem nastroju zmagają się ogółem 1,2–1,5 miliona osób w Polsce.

Chociaż przyjmuje się, że częściej dotyka ona kobiet niż mężczyzn, nie oznacza to, że nie zaburzenie nastroju nie dotyczy ich wcale. Co więcej, to przekonanie wraz z kulturowo narzuconą mężczyznom rolą silnej, stabilnej jednostki, dążącej do sukcesu, która kieruje się rozumem nie emocjami sprawiają, że mężczyźni nie szukają pomocy, lub też zgłaszają się po nią zbyt późno. Najczęstszym powodem wizyty u psychiatry jest stan głębokiego epizodu depresyjnego. [3] Wymaga to zazwyczaj dłuższej terapii, częściej hospitalizacji, a osiągnięcie pożądanego efektów leczenia jest trudniejsze.

Męska depresja to nadal temat tabu. Efektem jest uczucie wstydu, lęk przed odrzuceniem, strach przed ostracyzmem, który potęguje jeszcze zamykanie się w sobie.

Depresja nie jest chandrą czy smutkiem. To poważne zaburzenie niosące ze sobą duże ryzyko zdarzeń suicydalnych, które w przypadku mężczyzn częściej kończą się śmiercią.

Niniejsze opracowanie ma na celu przełamywanie tabu, walkę z ostracyzmem i odrzuceniem mężczyzn w depresji. Ma także za zadanie otworzyć na pomoc tych, którzy zmagają się z zaburzeniem nastroju i potrzebują profesjonalnego wsparcia.

Zrozumienie, że nie jest to problem jednostkowy, że mężczyzna ma prawo do trudnych emocji i ma prawo nie mieć siły, jest kluczowe dla niesienia realnej pomocy.

Ebook powstał w ramach wspólnej inicjatywy Fundacji Nie Widać Po Mnie i Szymona Makucha, ultrabiegacza, sportowca i człowieka o wielkim sercu, który, biegając zbiera pieniądze na pomoc innym. Kolejna edycja tego wydarzenia sportowo-charytatywnego (wrzesień 2025): "Bieg po emocje" poświęcona jest mężczyznom pogrążonym w depresji.

Czym jest depresja?

Według WHO i Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób ICD-11 depresja to zaburzenie psychiczne charakteryzujące się epizodami obniżonego nastroju, utratą zainteresowań i zdolności do odczuwania przyjemności, którym towarzyszą objawy poznawcze, behawioralne i somatyczne wpływające na codzienne funkcjonowanie. [4]

Wśród typowych objawów depresji wyróżnia się więc:

- smutek
- przygnębienie
- anhedonię (utratę zdolności do odczuwania przyjemności)
- apatię
- poczucie beznadziei i bezsilności
- niskie poczucie własnej wartości, małą wiarę w siebie
- poczucie winy
- obniżoną koncentrację
- myśli i zachowania samobójcze

Objawy depresji widoczne są też na polu somatycznym. Mogą występować:

- bóle
- dolegliwości żołądkowo-jelitowe
- przewlekłe zmęczenie
- bezsenność/zaburzenia rytmu dobowego

Diagnozę w kierunku depresji podejmuje się, jeśli stan obniżonego nastroju utrzymuje się nieprzerwanie przez minimum 14 dni. W rzeczywistości jednak osoby zgłaszają się do lekarza znacznie później, a diagnoza bywa opóźniona nawet o 3-6 miesięcy.

Depresja to nie smutek czy chwilowa chandra. To poważne zaburzenie psychiczne, które wyróżnia się tym, że utrudnia funkcjonowanie na każdej płaszczyźnie życia – prowadzi do izolacji społecznej, towarzyskiej, konfliktów rodzinnych, obniżonej wydajności zawodowej, co czasem skutkuje utratą pracy.

Depresja rzadko przechodzi sama. Wymaga złożonego i wielokierunkowego procesu terapeutycznego.

Męska depresja – epidemiologia: Czy naprawdę kobiety doświadczają zaburzeń nastroju częściej?

Według przytaczanych statystyk Światowej Organizacji Zdrowia [1] depresja występuje ok. 1,5 raza częściej u kobiet niż u mężczyzn. Potwierdza to portal Our World In Data, opierający się na danych z IHME. Według edycji z 2024 r. trzy lata wcześniej zaburzenia depresyjne dotyczyły 5% kobiet w światowej populacji, a w tym czasie częstość występowania u mężczyzn sięgała 3,4%. [5].

W Polsce jest podobnie. Zgodnie z danymi Narodowego Funduszu Zdrowia, ujętymi w raporcie "NFZ o Zdrowiu" 73% świadczeń z rozpoznaniem głównym lub współistniejącym depresji w 2023 r. w naszym kraju stanowiły kobiety. Proporcje te są niemal takie same na przestrzeni ostatniej dekady objętej analizą i opracowaniu. [2].

Chociaż z pewnością istnieją duże dysproporcje diagnozowania zaburzenia w zależności od płci, jednak coraz więcej specjalistów twierdzi, że dane te mogą być niekompletne, a różnice pomiędzy zapadalnością mężczyzn i kobiet nie tak duże, jak się do tej pory wydawało. Badania z początku millenium przeprowadzone w Wielkiej Brytanii autorstwa Singleton, Bumpstead, O'Brien, Lee i Meltzer dowodziły, że 10% mężczyzn i 12% kobiet zgłaszało objawy depresyjne o umiarkowanym lub wysokim nasileniu. Natomiast 2,6% mężczyzn i 3,0% kobiet zostało sklasyfikowanych jako osoby, które miały „epizod depresyjny” w tygodniu poprzedzającym wywiad. [6].

Niektórzy stoją również na stanowisku, że mężczyźni w badaniach dotyczących depresji nie są odpowiednio reprezentowani. Zawsze stanowią mniejszość wśród uczestników lub nie ma ich wcale. Do tej pory nie przeprowadzono

natomiast badań tylko z ich udziałem.

Wielu mężczyzn nie przyznaje się też do spadku nastroju. Ich postawa, według niektórych badaczy, może być konsekwencją zaprzeczania istnienia zaburzenia oraz podejmowania prób samoleczenia lub maskowania objawów [7, 8]

To efekt wielu czynników, takich jak m.in.:

- kulturowe postrzeganie mężczyzn jako jednostek silnych, agresywnych, walczących o terytorium i sukces, którzy kierują się rozsądkiem, analizą sytuacji, a nie uczuciami;
- stereotypowe postrzeganie depresji jako zaburzenia, z którym zmagają się wyłącznie kobiety;
- często nietypowy przebieg depresji u mężczyzn w stosunku do panującego postrzegania zaburzenia jako obniżenia nastroju, smutku, przygnębienia i apatii.

Co więcej, chociaż w przypadku mężczyzn występowanie depresji wydaje się rzadsze, o tyle obarczone jest większym zagrożeniem samobójstwem. Ryzyko suicydalne jest u nich aż 5-krotnie wyższe niż w przypadku kobiet. [3 – s. 266].

Potwierdzają to statystyki Komendy Głównej Policji. W 2024 r. odebrało sobie życie 4088 mężczyzn, co stanowi 84% wszystkich zdarzeń tego typu w Polsce. Czynniki wysokiego ryzyka samobójstw wśród mężczyzn są złożone. Wymienia się tu zazwyczaj depresję, uzależnienia, zaburzenia osobowości, stresory socjoekonomiczne.

Nietypowe objawy męskiej depresji: Co powinno niepokoić najbliższych

Jak wspomnieliśmy, u mężczyzn zaburzenie może objawiać się inaczej. Zamiast smutku pojawia się:

- agresja werbalna i fizyczna
- zachowania typu acting-out, np. nagłe, niekontrolowane wybuchy, których celem jest rozładowanie napięcia; zazwyczaj mają charakter destrukcyjny lub autodestrukcyjny
- irytacja i frustracja

U mężczyzn też rzadziej pojawiają się objawy o charakterze somatycznym typowe dla zaburzeń depresyjnych, co również utrudnia diagnozę. Natomiast częściej niż w przypadku kobiet następuje gwałtowna i znaczna redukcja masy ciała.

Wielu mężczyzn nie szuka też pomocy specjalisty. Niektórzy nie zdają sobie sprawy, że ich zachowanie to objaw depresji. Inni czują wstyd, że dotyka ona właśnie ich, ale też strach przed stygmatyzacją i odrzuceniem zarówno przez rodzinę, jak i przez środowisko zawodowe, co oznacza utratę stabilizacji i płynności finansowej.

Dlatego tak często ukrywają zaburzenie nastroju.

Maski męskiej depresji: jak mężczyźni ukrywają spadek nastroju przed światem i sobą?

Pracoholizm

Ucieczka w pracę jest jedną z najczęstszych masek męskiej depresji. Kult pracy zakorzeniony mocno w kulturze krajów rozwijających się i rozwiniętych sprzyja akceptacji społecznej takich zachowań. Czasem też wywołuje podziw i zazdrość, będąc synonimem zaradności, a nawet sukcesu.

Tu łatwo oszukać – siebie i otoczenie.

Marek, lat 35:

Pracowałem w dużej firmie. Awansowałem, obowiązków było coraz więcej, odpowiedzialność coraz większa. Czułem, że mnie to przytłacza. Każdy poranek to była walka o odrobinę energii. Jednak w pracy było łatwiej. Zapomniałem na chwilę. Odhaczam kolejne zadania. Zostawałem coraz dłużej, żeby nie słuchać żony, mówiącej, że za dużo pracuję, żeby nie musieć myśleć. Wracałem tak wykończony, że udawało mi się zasnąć od razu. Ale tylko na chwilę. Po 2-3 godzinach budziłem się, a nie mogąc zasnąć, znów siadałem do pracy. Żeby nie myśleć. Żona, powiedziała dość. Odeszła. Wtedy pomyślałem, że nie warto. Nie ma sensu się starać, a ja nie chcę już dłużej. Po próbie "S" trafiłem na oddział psychiatryczny. Hospitalizacja trwała 12 tygodni. Obecnie jestem już blisko 6 miesięcy na terapii lekami antydepresyjnymi. Udaje się, jednak nie jest tak jak kiedyś. Taka zwykła, codzienna radość jeszcze nie jest dla mnie. Ale mam nadzieję, że wróci.

Używki

Sięganie po używki typu alkohol, papierosy czy narkotyki jest kolejnym zachowaniem eskapistycznym charakterystycznym dla mężczyzn zmagających się z depresją. Zaczyna się niewinnie, od lampki wina wieczorem, po którym przychodzi pozorne odprężenie i uczucie spokoju. Z czasem rośnie tolerancja i trzeba sięgnąć po więcej dla tego samego efektu.

Uzależnieniu od alkoholu sprzyja nadal wysoka akceptowalność wśród ogółu społeczeństwa. Wielu postrzega osoby uzależnione w sposób skrajny – bez pracy, pod sklepem, żyjących tylko po to, by sięgnąć od rana do wieczora po alkohol w każdej formie. Ten stereotyp sprzyja maskowaniu zarówno problemów u osób wysokofunkcjonujących.

Mężczyźni w depresji często też wykazują objawy uzależnień behawioralnych, zwłaszcza od patologicznego hazardu, a młodszy także od gier online czy mediów społecznościowych.

Może pojawiać się też obsesyjne dbanie o wygląd, w tym nadużywanie ćwiczeń fizycznych i ciągłe zwiększanie zajęć na siłowni. Czasem idzie to w parze z bigoreksją. To zaburzenia postrzegania własnego ciała, które polega na niezadowoleniu z masy mięśniowej, która ciągle wydaje się zbyt niska. Chociaż sam sport niesie za sobą ogromną wartość zdrowotną, o tyle obsesyjne podejście może być próbą ucieczki od właściwych uczuć – przygnębienia, smutku i poczucia beznadziei.

Konrad, lat 43:

Nie wiem, kiedy przyszła depresja. Trudno wychwycić ten moment. Czuję przygnębienie, przepracowanie. Miałem problemy ze snem, ale wydawało mi się to naturalne. W końcu nie ja jeden w dzisiejszych czasach. Ciągłe się o tym słyszy. W końcu, jak nie mogłem zasnąć i sięgnąłem po alkohol. Niby nic. Usiadłem przed telewizorem i było to jedno, niewinne piwo. Jednak okazało się nie takie niewinne. Szybko stało się to rutyną, a z jednego piwka zrobiły się 2, a później mocniejsze napoje. Szło gładko. Piłem tylko wieczorami. Nikt nie widział, rodzina wtedy już spała. Rano wstawałem, jakby nigdy nic. Później dowiedziałem się, że jestem wysokofunkcjonującym alkoholikiem. Piłem, żeby nie myśleć, żeby pozbyć się stresu, napięcia i tego poczucia, że już dłużej nie dam rady, że chcę zasnąć i się nie obudzić. Alkohol pozwalał pozbyć się tych uczuć. W końcu pewnego ranka spowodowałem stłuczkę. Alkomat wykazał przekroczenie

normy alkoholu. Problemy prawne to jedno. Wtedy trochę sam, ale bardziej za namową najbliższych trafiłem na terapię uzależnień. Okazało się jednak, że to nie jest główne źródło. Problem tkwił w niskiej samoocenie, poczuciu beznadziei, a alkohol był tylko tego wyrazem. Diagnozę depresji otrzymałem dość szybko. Lekarz zdecydował, że mój stan nie wskazuje na konieczność hospitalizacji. Od kilku miesięcy uczęszczam na psychoterapię, jestem w procesie leczenia farmakologicznego. Chodzę też na spotkania klubu AA. Jednak poczucie beznadziei ciągle ze mną jest.

Towarzyskość

To często spotykane u mężczyzn z osobowością ekstrawertyczną, dla których przebywanie w otoczeniu innych jest czymś naturalnym. Z tego czerpią energię, w tym się odnajdują. Mają świetnie opanowane small-talk'i. Jednak czasem uśmiech przestaje być naturalny. Jest wyuczoną fasadą, za która kryje się smutek i przygnębienie.

To nie tylko uśmiech, ale też nadmierne udzielanie się towarzysko – liczne imprezy, dyskoteki, spotkania z przyjaciółmi, wypadki do klubów, organizowanie spotkań w domu. To wszystko po to, aby zagłuszyć trudne emocje i uczucia.

To udawanie przed samym sobą. Jest to o tyle łatwe, że nie budzi podejrzeń otoczenia. Na zewnątrz nic się przecież nie zmienia.

Igor, lat 33:

Zawsze byłem tzw. duszą towarzystwa. Dużo znajomych jeszcze z dzieciństwa, wspólne imprezy, wypadki, spotkania. Jak urodziły się dzieci, to organizowaliśmy grille, wspólne wyjazdy pod namiot. Było OK. A jednak wszystko zaczęło mnie przytłaczać, rodzina, odpowiedzialność za dzieci, strach przed przyszłością, przeświadczenie, że sobie nie poradzę zarówno jako ojciec, jak i partner, który obiecywał góry przenosić. Z dnia na dzień było coraz gorzej. Miałem problemy ze snem, a tym samym koncentracją. W pracy popełniałem błędy. Nic nie mówiłem, nie skarżyłem się, w końcu byłem młody, silny, zdrowy. Co się mogło u mnie dziać? Żeby tego nie pokazać, byłem coraz bardziej dla ludzi. Brylowałem na imprezach firmowych, wśród znajomych byłem nie do zatrzymania. A w środku się rozpadałem. W tym czasie zmarła moja mama. Niespodziewanie. To było za dużo. Nie mogłem już

dalej udawać. Żałoba przerodziła się w niepohamowany żal, smutek, apatię. Nie miałem już siły na walkę. Za namową partnerki trafiłem na psychoterapię. Diagnoza: głęboka depresja. Hospitalizacja przez 8 tygodni na dopasowanie leków. Od opuszczenia szpitala nie miałem nawrotu. Po dwóch latach lekarz podjął decyzję o zakończeniu farmakoterapii. Teraz jest inaczej. Spokojniej, przyjemniej i bez udawania. Ale też z większą świadomością i uważnością, że depresja może wrócić. Ta świadomość, chociaż trudna, jest zbawienna. Nauczyła mnie inaczej patrzeć na życie i na siebie przede wszystkim.

Diagnoza i leczenie

W sytuacji, gdy czujesz, że spadek nastroju nie jest naturalny i utrzymuje się zbyt długo. Jeśli widzisz, że wpływa na Twoje funkcjonowanie na różnych polach:

- psuje relacje z najbliższymi
- prowadzi do konfliktów ze znajomymi i współpracownikami
- izoluje Cię od znajomych
- prowadzi do problemów zawodowych – masz obniżoną koncentrację, popełniasz błędy
- utrudnia sen, obniża Twoją koncentrację

Konieczne zgłoś się do poradni zdrowia psychicznego. Wcześniej możesz też zrobić test przesiewowy, który stanowić będzie punkt wyjścia do właściwej diagnozy. Dostępny jest on w internecie. Zamieszczamy też jego wzór w dalszej części opracowania.

Obecnie podstawą systemu opieki psychiatrycznej są Centra Zdrowia Psychicznego. Nie wymagane jest skierowanie, a do punktu zgłoszeniowo-koordynacyjnego (PZK) w centrum można przyjść bez wcześniejszego umawiania wizyty.

W przypadkach pilnych pomoc musi być udzielona w ciągu 72 godzin od zgłoszenia. Są to sytuacje, w których u pacjenta pojawiają się zamiary i myśli samobójcze oraz/lub objawy psychotyczne.

W centrum można uzyskać wsparcie w formie:

- ambulatoryjnej, która obejmuje regularne konsultacje stacjonarne z psychologiem, psychoterapeutą lub/i lekarzem psychiatrą,
- dziennej, która jest intensywniejszą formą pomocy, polegającą na terapii kilka godzin dziennie,
- leczenia środowiskowego – Zespoły Leczenia Środowiskowego odwiedzają w domach pacjentów z diagnozą poważnego zaburzenia, którzy jednak nie wymagają hospitalizacji.

Poza NFZ istnieje też możliwość leczenia zaburzenia w prywatnych gabinetach lekarzy psychiatrów/lub psychoterapeutów. Wymaga to nakładów finansowych, jednak też umożliwia rozpoczęcie terapii wcześniej niż w przypadku konsultacji w ramach środków publicznych.

Hospitalizacja jest ostatecznością. Stosowana jest w sytuacjach ciężkiego przebiegu epizodu depresyjnego zagrażające życiu pacjenta, związane z silnymi tendencjami samobójczymi, z objawami psychotycznymi, z zahamowaniem lub niepokojem, z odmawianiem przyjmowania pokarmów i płynów. [5, s. 168]

W leczeniu depresji stosuje się: farmakoterapię i psychoterapię oraz środki pomocowe jak arteterapię i grupy wsparcia.

Kwestionariusz zdrowia – test przesiewowy w kierunku depresji

KWESTIONARIUSZ ZDROWIA PACJENTA -9 (PHQ -9)¹

JAK CZĘSTO W CIĄGU OSTATNICH 2 TYGODNI DOKUCZAŁY PANU/PANI NASTĘPUJĄCE PROBLEMY?	WCAŁE NIE DOKUCZAŁY (0)	KILKA DNI (1)	WIĘCEJ NIŻ POŁOWA DNI (2)	PRAWIE CODZIENNIE (3)
Niewielkie zainteresowanie lub odczuwanie przyjemności z wykonywania czynności	0	1	2	3
Uczucie smutku, przygnębienia lub beznadziejności	0	1	2	3
Kłopoty z zaśnięciem lub przerywany sen, albo zbyt długi sen	0	1	2	3
Uczucie zmęczenia lub brak energii	0	1	2	3
Brak apetytu lub przejadanie się	0	1	2	3
Poczucie niezadowolenia z siebie – lub uczucie, że jest się do niczego, albo że zawiodł/zawiodła Pan/Pani siebie lub rodzinę	0	1	2	3
Problemy ze skupieniem się, na przykład przy czytaniu gazety lub oglądaniu telewizji	0	1	2	3
Poruszanie się lub mówienie tak wolno, że inni mogliby to zauważyć. Albo wręcz przeciwnie – niemożność usiedzenia w miejscu lub podenerwowanie powodujące ruchliwość znacznie większą niż zwykle	0	1	2	3
Myśli, że lepiej byłoby umrzeć, albo chęć zrobienia sobie jakiejś krzywdy	0	1	2	3

TWÓJ WYNIK:

Jeżeli zaznaczył/a Pan/Pani którekolwiek z problemów, jak bardzo utrudniły one Panu/Pani wykonywanie pracy, zajmowanie się domem lub relacje z innymi ludźmi?

☐ W ogóle nie utrudniły ☐ Trochę utrudniły ☐ Bardzo utrudniły ☐ Niezmiernie utrudniły

Interpretacja wyniku:

0 – 4 pkt – BRAK DEPRESJI, OD 5 DO 9 PKT – ŁAGODNA DEPRESJA, OD 10 DO 14 PKT – UMIARKOWANA DEPRESJA, OD 15 DO 19 PKT – UMIARKOWANIE CIĘŻKA DEPRESJA, ≥ 20 PKT – CIĘŻKA DEPRESJA

Kwestionariusz jest jedynie narzędziem pomocniczym. W celu weryfikacji wyniku skonsultuj się z lekarzem psychiatrą lub swoim lekarzem rodzinnym.

Kroenke K., Spitzer R., Williams J. "The PHQ-9 Validity of a Brief Depression Severity Measure." J Gen Intern Med. 2001 Sep; 16(9): 606–613.



Źródła

- [1] [Zaburzenie depresyjne \(depresja\)](#)
- [2] [NFZ o zdrowiu. Depresja – ezdrowie.gov.pl](#)
- [3] Gałęcki P, Szulc. A, Psychiatria. Rozpoznanie według ICD 11, Edra Urban & Partner, Wrocław 2023, s. 257
- [4] [ICD-11 Szczegóły](#)
- [5] [Rozpowszechnienie zaburzeń depresyjnych, mężczyźni vs. kobiety, 2021](#)
- [6] za: Carol Emslie, Damien Ridge, Sue Ziebland, Kate Hunt, Men's accounts of depression: Reconstructing or resisting hegemonic masculinity?, Social Science & Medicine, Volume 62, Issue 9, 2006, Pages 2246–2257, ISSN 0277–9536, <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.10.017>
- [7] Ogrodniczuk JS, Oliffe JL. Mężczyźni i depresja. Może być lekarzem rodzinnym. 2011 Luty; 57(2):153–5. PMID: 21321163; PMCID: PMC3038800.
- [8] Addis Me, Mahalik Jr. Mężczyźni, męskość i konteksty szukania pomocy. Am. 2003 Jan; 58(1):5–14. doi: 10.1037/0003–066x.58.1.5. PMID: 12674814.]

Pozostała bibliografia

1. Bauer M, Pfennig A, Severus E i wsp. World Federation of Societies of Biological Psychiatry. Task Force on Unipolar Depressive Disorders.: World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for biological treatment of unipolar depressive disorders, part 1: Update 2013 on the acute and continuation treatment of unipolar depressive disorders. World J. Biol. Psychiatry. 2013; 14: 334–385.
2. Dudek D.: Diagnostyka i leczenie depresji u dorosłych. Lekarz Rodzinny, 2021; 1 (243): 87–92
3. Dudek D, Cyranka K: Przeprocowanie, zmęczenie, brak humoru. W: J. Heitzman: Moja psychiatria – wiedza, którą wykorzystasz. Termedia, Poznań, 2021, str. 81–92
4. Dudek D, Cyranka K: Depresja i lęk – kiedy i jak leczyć. W: M. Jarema (red): Depresja i zaburzenia lękowe. Rozpoznawania i leczenie. PZWL, Warszawa, 2021, 108–129
5. Final Recommendation Statement: Depression in Adults: Screening, U.S. Preventive Services Task Force. 2016 [Online:] <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/RecommendationStatementFinal/depression-in-adults-screening1> [dostęp 07.01.2019].
6. Gałęcki P. Zalecenia konsultanta krajowego w dziedzinie psychiatrii dotyczące leczenia epizodu depresji i zaburzeń depresyjnych nawracających. Farmakoterapia w Psychiatrii i Neurologii. 2018; 34(3): 157–199.
7. Kępiński A., Melancholia, Wydawnictwo Literackie, Kraków 2001
8. NICE. Clinical guideline [CG90]. Depression in adults: recognition and management 2018. [Online:] <https://www.nice.org.uk/guidance/cg90> [dostęp 7.01.2019]
9. Rybakowski J, Dudek D, Jaracz J: Choroby afektywne. W: M. Jarema (red): Standardy leczenia farmakologicznego niektórych zaburzeń psychicznych. Wyd. 2. ViaMedica, Gdańsk, 2015, str. 55–133
10. Siwek M. Dekalog leczenia depresji. ITEM Publishing, Warszawa, 2018
11. <https://podyplopie.pl/psychiatria/16027,leki-przeciwdepresyjne-a-zaburzenia-pozadania-jak-zapobiegac-jak-leczyc>
12. <https://depresja.org/depresja-a-seks/>



O Autorce

Urszula Szybowicz

Absolwentka kierunku zdrowie publiczne, zarządzanie w opiece zdrowotnej Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu. Uczestnik studiów MBA in Healthcare, Krakowska Szkoła Biznesu – Uniwersytet Ekonomiczny w Krakowie.

Pomysłodawczyni i prezes Fundacji Nie Widać Po Mnie, koordynatorka projektów dotyczących profilaktyki zdrowia psychicznego kadry medycznej, a także dzieci i młodzieży oraz seniorów.

Propagatorka zdrowego stylu życia oraz wsparcia psychologicznego. Edukuje na temat zdrowia i systemu ochrony zdrowia. Odważnie łamie temat tabu związany z zaburzeniami psychicznymi i wyznaje zasadę, że depresja nie dotyczy ludzi słabych, ale tych, którzy byli silni zbyt długo. W codziennej pracy dba o komfort pacjentów i poprawę jakości opieki zdrowotnej dzięki wdrażaniu walidowanych programów zdrowotnych.

W Polskim Towarzystwie Koordynowanej Ochrony Zdrowia pełni funkcję wiceprezesa. Ekspert Fundacji AI Law Tech oraz AI for People.

W Polskiej Federacji Szpitali dyrektor operacyjna w latach 2021–2025, wcześniej manager projektów w latach 2017–2021.

Wyróżniona w konkursie Lider Roku 2022 – Działalność Charytatywna organizowanym przez wydawnictwo Termedia, a także Lider Roku 2024 – działalność edukacyjna, kampania „Wyprostuj spojrzenie”. Bronze Winner 2022 w kategorii dobrostanu pracowników medycznych podczas IHF Awards organizowanego przez International Hospital Federation. Laureatka w plebiscycie Przyjaciół Dzieci 2024 – nagrody przyznawanej przez Wydawnictwo MedExpress. Zwyciężczyni w Plebiscycie Złota Synapsa 2024 w kategorii Przyjaciół Psychiatrii.

Jest na Liście 100 najbardziej wpływowych osób w ochronie zdrowia organizowanej przez Puls Medycyny i liście 50 wpływowych kobiet Rynku Zdrowia oraz zdobywczyni Nagrody Aureliusza przyznanej podczas IX Międzynarodowego Kongresu Psychiatrii Sądowej.

O Fundacji

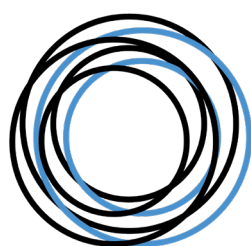
Fundacja NIE WIDAĆ PO MNIE

Fundacja Nie Widać Po Mnie zrodziła się z potrzeby przełamывania tabu i głośnego mówienia o zdrowiu psychicznym Polaków i problemach, takich jak depresja, uzależnienia, lęki i fobie.

Wierzemy, że odpowiednia psychoedukacja i zwiększanie świadomości jest istotnym elementem profilaktyki zdrowotnej, która pozwoli w przyszłości zmniejszyć ryzyko zaburzeń psychicznych i zahamuje tendencję wzrostową zapadalności na tego typu choroby, których konsekwencje odczuwają pacjenci, rodzina i cały system opieki zdrowotnej.

Swoje działania kierujemy do różnych grup wiekowych oraz zawodowych. Odkrywamy czynniki zwiększające prawdopodobieństwo zaburzeń, a także uczymy, jak to zagrożenie zmniejszać. Realizujemy programy psychologicznej pomocy dla osób dorosłych w kryzysie. Troszczymy się też o seniorów. Troską otaczamy też dzieci i młodzież. Wirtualna rzeczywistość, deprecjonowanie życia „w realu”, samotność, rosnąca depresja, uzależnienia od substancji i czynności, cyberprzemoc – to tylko kilka z listy problemów, które piętrzą się dziś przed młodymi ludźmi.

Programy psychoedukacyjne kierujemy też do medyków, którzy w sposób szczególny zagrożeni są zaburzeniami typu depresja, uzależnienia, lęki, zespół stresu pourazowego czy wypalenie zawodowe. Wierzemy, że odczarowanie heroizmu w zawodach ochrony zdrowia pozwoli wielu medykom przełamać strach przed właściwą terapią, a to wpłynie na jakość usług i poprawi funkcjonowanie całego systemu.



FUNDACJA
NIE WIDAĆ PO MNIE

Fundacja Nie Widać Po Mnie
ul. Okopowa 58/72, lok 604, Klif Tower
01-042 Warszawa

+48 797 058 341
kontakt@niewidacpomnie.org
www.niewidacpomnie.org