

## VIDENSKAB OG PRAKSIS | STATUSARTIKEL

## Litteratur

1. www.arbejdsmiljøforskning.dk /feb 2007.
2. Lundberg U. Stress hormones in health and illness: the roles of work and gender. *Psychoneuroendocrinology* 2005;30:1017-21.
3. www.oecd.org /okt 2006.
4. www.si-folkesundhed.dk /okt 2006.
5. Juel K, Sørensen J, Brønnum-Hansen H. Psykisk arbejdsbelastning. I: Juel K, Sørensen J, Brønnum-Hansen H. Risikofaktorer og folkesundhed i Danmark. København: Statens Institut for Folkesundhed, 2006:247-63.
6. Frankenhaeuser M, Lundberg U, Fredrikson M et al. Stress on and off the job as related to sex and occupational status in white-collar workers. *J Org Behav* 1989;10:321-46.
7. Frankenhaeuser M. The sympathetic-adrenal and the pituitary-adrenal response to challenge: comparison between the sexes. I: Dembroski TM, Smidt TH, Blümchen G. *Biobehavioral Bases of Coronary heart Disease*. Karger: New York, 1983:91-105.
8. Lundberg U. The influence of paid and unpaid work on psychological stress responses of men and women. *J Occup Health Psychol* 1996;1:117-30.
9. Lundberg U, de Chateau P, Winberg J et al. Catecholamine and cortisol excretion patterns in three year old children and their parents. *J Human Stress* 1981;7:3-11.
10. Collins A, Frankenhaeuser M. Stress responses in male and female engineering students. *J Hum Stress* 1978;4:43-8.
11. Collins A, Hanson U, Eneroth P et al. Psychophysiological stress responses in postmenopausal women before and after hormonal replacement therapy. *Hum Neurobiol* 1982;1:153-9.
12. Lundberg U, Hansin U, Andersson K et al. Hirsute women with elevated androgen levels: psychological characteristics, steroid hormones and catecholamines. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 1983;2:86-93.
13. Lundberg U, Frankenhaeuser M. Stress and workload of men and women in high ranking positions. *J Occup Health Psychol* 1999;4:142-51.
14. Korremann G. Læger og køn – spiller det en rolle? København: Nordisk Ministerråd, Tema Nord, 1994:597.
15. Petersson BH, Agergaard M, Risør T. Den nyuddannede læge. *Ugeskr Læger* 2006;168:1756-9.
16. Bergman B, Ahmad F, Stewart DE. Physician health, stress and gender at a university hospital. *J Psychosom Res* 2003;54:171-8.
17. Lindfors PM, Nurmi KE, Meretoja OA et al. On-call stress among Finnish anaesthetists. *Anaesthesia* 2006;61:856-66.
18. Kluger MT, Townend K, Laidlaw T. Job satisfaction, stress and burnout in Australian specialist anaesthetist. *Anaesthesia* 2003;58:339-45.
19. www.laeger.dk /feb 2007.
20. Data fra Lægernes Pensionskasse, København, november 2006.

## Depression – kønsforskelle

Overlæge Karin Garde

Sct. Hans Hospital, Afdeling L

Formålet med artiklen er at belyse depression i et kønsperspektiv med særlig vægt på forklaringer af kønsforskelle.

Depression er en hyppig sygdom, som har været kendt siden antikken, hvor den blev beskrevet med symptomer, som er genkendelige i vor tid, fortvivelse, forstyrret søvn, modvilje mod at spise og rastløshed.

### Årsager til depression

Af mangel på en simpel forklaring er hypotesen, at et samspil mellem en sårbarhed, som kunne være genetisk, og en psykisk belastning, som typisk er et følelsesmæssigt tab eller en længerevarende stresstilstand, udløser den kliniske depression. Der er ingen kausale forklaringer, men korrelation med en række biologiske, psykologiske og sociale forhold bidrager til kønsforskellen.

### Epidemiologi

Det er et generelt fund ved undersøgelser stort set overalt i verden, at kvinder 2-3 gange så hyppigt som mænd lider af unipolar depression med den største kønsforskelle, jo mildere depressionen er. Kriterier for diagnosen i depressionsspektret varierer i de citerede undersøgelser, men er i de nyere overve-

jende baseret på Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) og International Classification of Diseases (ICD), mens metoden er et spektrum af spørgeskemaundersøgelser og interviewinstrumenter anvendt af såvel fagpersoner som trænedede lægfolk.

Livstidsrisikoen er 20% for kvinder og 13% for mænd [1]. I barnealderen, hvor depression er sjælden, er der ingen kønsforskelle, men fra puberteten og frem har kvinderne en overhyppighed, som er mest udtalt i de fertile år, hvorefter kønsforskellen bliver mindre, ligesom depression for begge køn forekommer sjældnere med årene. For den bipolare form er der ingen kønsforskelle, mens der for depression af bipolar 2-type er en overhyppighed hos kvinder, det samme gælder for dystymi og vinterdepression. Den melankolske depressionsform findes hyppigere hos mænd [2]. Der er modstridende fund vedrørende tilbagefald, som især i retrospektive undersøgelser forekommer hyppigere hos kvinder end hos mænd. Dette kunne skyldes, at kvinder bedre end mænd genkalder sig tidligere depressive episoder. I prospektive undersøgelser finder man mindre forskelle.

Man har undersøgt, om mænds mindre lægesøgning og mindre symptomrapportering kan forklare den lavere hyppighed af depression i behandlede grupper, men undersøgelser i almenbefolkninger understøtter, at der er tale om en reel forskel.

Der er undtagelser fra reglen om kvindernes højere prævalens af depression. Undersøgelser i strengt religiøse grupper

## VIDENSKAB OG PRAKSIS | STATUSARTIKEL

som The Old Order Amish [3] og ortodokse jødiske samfund har vist ligelig kønsfordeling. Dette er forklaret ved fastlagte roller for begge køn, hvor kvinden især i de jødiske grupper har en høj status og stor indflydelse med deraf følgende bedre selvfølelse.

Mændene, som har højere risiko for depression end mænd i andre religiøse samfund og almenbefolkningen, har ikke mulighed for at reagere udad med aggression og alkoholbrug, så de så at sige er bremsede i andre reaktioner på belastning end depression. I en undersøgelse af collegeungdom fandt man en ligelig fordeling af depression, her forklaret med, at unge på college har samme livsvilkår, mens de er uafhængige, ugifte og optaget af studier.

I en undersøgelse af gamle mennesker forsvandt kvinders overhyppighed af depression, da man korrigerede for forskelle i livsvilkår. Kvinderne var langt hyppigere end mændene alene, fattige, lavt uddannede og fysisk handikappede. Når mænd og kvinder er lige begrænsede i deres udfoldelse eller har lige vilkår, bliver fordelingen af depression ligelig.

### Forklaringer

#### Biologiske forskelle

Der er ikke påvist en genetisk forskel på mænds og kvinders sårbarhed.

Når kvindernes overhyppighed af depression sætter ind fra puberteten, kunne forklaringen være hormonal. En entydig sammenhæng med østrogen kan imidlertid ikke påvises. Piger i puberteten har et langt mere ambivalent forhold til kroppens forandring end drengene, som ser frem til at blive større i højde og drøjde. Mange piger forbinder menstruationen med noget skamfuldt og gør sig bekymringer om, hvordan de skal leve op til det perfekte mediebillede, med skade på selvfølelsen til følge. Depressive forstemninger findes hos et mindretal af kvinder præmenstruelt, efter fødsel og abort samt i klimakteriet, hvilket alle er perioder, hvor der er et faldende østrogenniveau. Hos omkring 10% af barselskvinderne er der en klar sammenhæng mellem depression og fødsel, men første fødsel, kompliceret fødsel, enlig stand, lav uddannelse og svag social støtte er faktorer, der medfører den største risiko. I longitudinelle undersøgelser af depression i klimakteriet har man ikke vist højere incidens af depression i disse år, men tilbagevendende depressive perioder og depressive symptomer ses fortsat i 45-55-års-alderen, sammenhængende med længden af perimenopausen og højt psykosocialt stress [4]. Den hormonale forklaring kan altså ikke stå alene, lige så lidt som de depressive reaktioner hos nyblevne fædre kan forklares hormonalt. Østrogen har altså en indflydelse på sindsstemningen, men nedgang i koncentrationen udløser ikke i sig selv klinisk depression.

Der er aktuelt hypoteser om kønsforskelle blandt neurotransmittere, herunder serotonin, som har en lavere aktivitet hos kvinder, ligesom dette fænomen kan medføre kønsforskellig håndtering af stress.

### Faktaboks

#### Hypoteser om kvinders overhyppighed af depression

Biologiske: lave østrogenkoncentrationer som trigger for depression

Psykologiske: indadrettet aggression, lav selvfølelse, følsomhed for afvisning, afhængighed af relationer, udsættelse for seksuelt misbrug

Sociale: fattigdom, lav social status, økonomisk afhængighed

Komorbiditet med angst, ængstelig, dependent personlighedsforstyrrelse, *borderline*-personlighedsforstyrrelse, spiseforstyrrelse

Risiko for selvmordsforsøg større end risiko for selvmord

### Psykologiske kønsforskelle

Psykologiske kønsforskelle er udtalte og har betydning for mænds og kvinders håndtering af tab. Kvinder er mere sensitive for afvisning og tab af social støtte. Deres større tilbøjelighed til at involvere sig i andre gør dem dels mere afhængige af relationer, dels risikerer de flere tab. Erfaring med seksuelle overgreb i opvæksten og sidenhen rammer piger/kvinder mere end drenge/mænd og findes med større hyppighed i forhistorien hos depressive end hos kontrolgrupper [5]. Lav selvfølelse er et markant træk, ligesom tilbøjelighed til at vende aggression indad og gøre sig selvbebrejdelser. Mere udadrettede reaktioner som alkoholmisbrug og aggression er hyppigere hos mænd.

### Sociale forskelle

Sociale forskelle har betydning for depression. På verdensplan er fattigdom en risikofaktor, fordi udsættelse for kronisk stress, ydmygelse og nedvurdering medfører manglende indflydelse og evne til at kontrollere tilværelsen. I følge WHO er 70% af verdens fattige kvinder. I en sociologisk undersøgelse af kvinder [6] om sociale faktorer betydning fandt man, at lav social status, social isolation og mangel på en nær fortrolig var risikofaktorer i kombination med tab og skuffelser. Desuden var tab af betydningsfulde personer i barndom og voksenalder væsentlige, idet erfaring med tidligere tab var selvstændige sårbarhedsfaktorer. Indholdet af livsbegivenheder som udløsende for depression er forskellige for mænd og kvinder med det generelle træk, at mænd er mere følsomme for negative begivenheder, som angår deres professionelle liv, mens kvinders sårbarhed mere angår familie og andre nære relationer.

### Symptomerne

Symptomerne og sværhedsgraden hos mænd og kvinder er de samme, når man anvender anerkendte diagnostiske instru-

**Faktaboks****Hypoteser om mænds risiko for underdiagnostik og behandling**

Lav lægesøgning ved psykiske symptomer

Underrapportering af symptomer

Atypisk præsentation af symptomer, irriterabilitet, aggression, misbrug

Komorbiditet med misbrug, personlighedsforstyrrelser

Risiko for selvmord er større end risiko for selvmordsforsøg

Derfor: vær opmærksom på atypisk symptopræsentation – stil de centrale diagnostiske spørgsmål

menter. Derimod kan der være kønsforskelle i mænds og kvinder måde at fortælle om sygdommen på, idet kvinder beretter om flere legemlige symptomer som smerter og muskelspændinger og flere forudgående belastende begivenheder. De har oftere appetitændringer, vægtøgning og trang til søde sager. Det har været foreslået [7], at der skulle være en særlig mandlig symptopræsentation med irriterabilitet, aggression og alkoholmisbrug, som kunne sløre de klassiske symptomer på depression. Disse symptomer findes også, men med lavere hyppighed hos kvinder, hvilket kunne være medvirkende til, at flere mænd end kvinder ikke kommer i behandling [8].

**Komorbiditet**

Komorbiditet er forskellig for de to køn. Der er hyppigere angstsymptomer forud for og under depressionen hos kvinder og hyppigere alkohol- og stofmisbrug hos mænd. En undersøgelse af komorbiditeten alkohol og depression [9] viste, at risikoen for selvmord for begge køn var markant højere ved komorbiditet end ved de enkelte lidelser alene, men højest for mænd som følge af den større hyppighed af misbrug. Komorbiditet med personlighedsforstyrrelser er mere almindelig blandt mænd, især forstyrrelser af antisocial og skizoid type. For kvinder ser man komorbiditet med angst, *borderline*-forstyrrelser, spiseforstyrrelser og somatoforme lidelser.

**Mestring**

Mestring af depressive symptomer er forskellig hos mænd og kvinder. En mere udadrettet reaktion med forsøg på at aflede sig og tænke på noget andet er en maskulin stil, mens rumination, dvs. tvangsmæssig tilbagevendende til de belastende begivenheder er kvindernes strategi. Det er en uhensigtsmæssig metode, som dokumenteret forlænger varigheden af depressive episoder [10]. En stærkere tilbøjelighed til at vende skyld indad/udad er også en feminin/maskulin stil.

Selv mord som »mestring« af depression har markante kønsforskelle og er en høj risiko ved svær depression – 10-

15%. Selv om mænd kun halvt så hyppigt som kvinder lider af depression, er deres selvmordsrisiko tre gange så høj. Hertil bidrager den højere komorbiditet med misbrug og voldsomme selvmordsmetoder, mens kvinder i højere grad bruger selvforgiftning som indebærer muligheden for at redde livet. Selvmordsforsøg anslås til at være syv gange hyppigere end selvmord.

I et livsforløb er depression sjældnere med årene, hvor depressive symptomer til gengæld er hyppige og ofte sammenhængende med fysisk sygdom og medicinering. Selvmord er fortsat en høj risiko for mænd i høj alder, ofte sammenhængende med ensomhed og misbrug.

**Behandling af depression**

Behandling af depression er psykoterapeutisk og psykofarmakologisk med særlig vægt på det sidste ved svær depression. Behandling med antidepressiva og udbyttet heraf er ens for de to køn [2], og højere serumkoncentrationer af antidepressiva, som findes hos kvinder, synes ikke at have klinisk betydning. Der er meget lidt forskning i valg af psykoterapeutiske metoder i relation til køn, men måske er der en bedre accept hos mænd af kognitive metoder, som indebærer mere aktiv handling, end af dynamiske metoder.

**Konklusion**

Depression er den samme sygdom hos mænd og kvinder, ligesom behandling og udbytte heraf er ens. Kvinders overhyppighed af unipolar depression i de fertile år er reel og er influeret af biologiske faktorer som følsomhed for stemningsvingninger i faser med faldende østrogenniveau, psykologiske træk som lav selvfølelse, reaktion på udsættelse for incest, komorbiditet med angst og indadrettet aggression samt sociale forhold med større afhængighed og hovedansvar for børn.

Underdiagnostik og behandling af mænd skyldes ringere lægesøgning og symptomrapportering. Komorbiditet med misbrug og personlighedsforstyrrelser bidrager hertil og medfører større risiko for selvmord, en risiko som også er øget hos depressive kvinder med misbrug. Opmærksomhed over for mænds måde at præsentere deres symptomer på er påkrævet.

Korrespondance: Karin Garde, Afdeling L, Sct. Hans Hospital, DK-4000 Roskilde. E-mail: karin.garde@shh.regionh.dk

Antaget: 29. april 2007  
Interessekonflikter: Ingen angivet

**Litteratur**

1. Behandling af depressions sygdomsdomar. Stockholm: SBU – Statens beredning for medicinsk utvärdering, 2004.
2. Hildebrandt MG. Sex and depression: the impact of gender on the symptomatology and diagnostic profile of depression and the clinical effects of antidepressant treatment [phd.-afhandling]. Odense: Syddansk Universitetshospital, 2003.
3. Egeland JA, Hostetter AM. Amish Study. Am J Psychiatry 1983;140:56-61.
4. Burt VK, Stein K. Epidemiology of depression throughout the female life-cycle. J Clin Psychiatry 2002;63:9-15.
5. Kendler SH, Myers MH, Prescott CA. Sex differences in the relationship

## VIDENSKAB OG PRAKSIS | STATUSARTIKEL

- between social support and risk for major depression: a longitudinal study of opposite-sex twin pairs. *Am J Psychiatry* 2005;162:250-6.
- Brown GW, Harris TO. *Social origin of depression*. London: Tavistock Publ. Ltd., 1978.
  - Rutz W, Walinder J, von Knorring L et al. Is depression in men undertreated? *Läkartidningen* 1995;92:3893-4.
  - Olsen LR. Measurement of depressive illness and mental distress in the Dan-

- ish general population [phd.-afhandling]. Hillerød: Frederiksborg Amtssygehus Hillerød, Psykiatrisk Forskningsenhed, 2006.
- Hanna EZ, Grant BF, Sellman JD et al. Gender differences in DSM-1V alcohol use disorders and major depression as distributed in the general population: clinical implications. *Compr Psychiatry* 1997;38:202-12.
  - Nolen Hoeksema S. Sex differences in unipolar depression: evidence and theory. *Psychol Bull* 1987;101:259-82.

## Forskelle i smerteperception hos mænd og kvinder

Lektor Thomas Graven-Nielsen & professor Lars Arendt-Nielsen

Aalborg Universitet, Institut for Sundhedsvidenskab og Teknologi, Center for Sans-Motorisk Interaktion (SMI)

I de seneste års forskning har man påvist, at kvinder på mange måder oplever smerter kraftigere end mænd. Tidligere var der tradition for, at smerteforsøg oftest blev gennemført på mænd, hvilket betød, at kønsforskelle i smerteopfattelsen ikke er blevet tilstrækkeligt belyst. De senere år er der blevet fokuseret mere på de biologiske forskelle i mænd og kvinders smertesystem. Formålet med denne korte statusartikel er at beskrive nogle af de nyeste resultater og de mulige kliniske implikationer af dem.

### Kvindelig prædisposition for smerter

I befolkningsundersøgelser har man påvist, at flere kvinder end mænd lider af kroniske smerter. Markant flere kvinder end mænd rapporterer om smerteepisoder, specielt for hovedpine, mavesmerter og bevægeapparatsmerter [1]. Epidemiologiske data viser desuden, at kvinder rapporterer om mere smerte, længerevarende smerteperioder og en højere frekvens af smerteepisoder end mænd [2]. Kvindelig dominans er desuden fundet i mange udbredte smertetilstande f.eks. colon irritabile, galdestenssmerter, øsofagitis, interstitiel cystitis, lændesmerter, fibromyalgi, piskesmæld, hovedpine, migræne og temporomandibulær dysfunktion [3]. Hormonbehandling i form af antikonception eller i forbindelse med klimakterium er i nogle tilfælde ledsaget af forøget risiko for kroniske smertetilstande [4] f.eks. temporomandibulær dysfunktion, lændesmerter og migræne. Desuden er colon irritabile, fibromyalgi, migræne, reumatoid arthritis og temporomandibulære smerter typisk ledsaget af forøgede smertesymptomer i relation til menstruation. Derudover findes de kvindespecifikke smerter (eksempelvis endometriose og dysmenoré). Det tyder således på, at kvindelige kønshormoner har en betydning for udvikling og opfattelse af smerte. Det er dog ikke hele forklaringen på kønsforskellen, idet man så ville forvente, at kvin-

ders og mænds smertemønster ville blive mere ens efter klimakteriet, men det er kun tilfældet for nogle af de kroniske smertetyper, f.eks. hovedpine. Genetiske variationer kan også spille en rolle, hvor eksempelvis variation i catechol-O-methyltransferase (COMT)-genet har været associeret til smertesensitiviteten og nogle smertetilstande med kvindelig prædominans (f.eks. fibromyalgi).

### Eksperimentelle undersøgelser af kønsforskelle i smerteopfattelse

Smertesensitiviteten hos mænd og kvinder kan undersøges ved standardiserede smertestimuleringer. Traditionelt er hudsmertesensitiviteten undersøgt ved mekanisk stimulation, varmestimulation eller elektrisk stimulation, hvorved smertel eller tolerancetærskler bestemmes. I en metaanalyse har man påvist, at kvinder har lavere smerte- og tolerancetærskel end mænd [5]. En vis spredning inden for mande- og kvindegruppen er forventelig, hvilket betyder, at der kan findes mænd og kvinder med samme smertetærskler. Desuden kan undersøgelsesformen påvirke resultatet, eksempelvis forskelligt køn hos personen, der undersøges, og forsøgslederen (se senere afsnit). Smertetærsklen for trykstimulationer er en specielt robust parameter til at påvise smertesensitivitetsforskellen mellem mænd og kvinder med (Figur 1). I en anden metaanalyse påviste man desuden, at det er karakteristisk med for-



Figur 1. Eksempel på måling af tryksmertetærskler på musculus trapezius og illustration af de typisk lavere smertetærskler hos kvinder end hos mænd.