

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

افسردگی زنان

جنبه های زیستی و روانشناختی





سرشناسه	: دادفر، محبوبه، ۱۳۴۶ -
عنوان و نام پدیدآور	: افسردگی زنان: جنبه‌های زیستی و روانشناختی / تالیف محبوبه دادفر، محمدکاظم عاطف‌وحید، محمدباقر صابری زفرقندی؛ [برای] مرکز تحقیقات علوم اعصاب شفاء بیمارستان فوق تخصصی خاتم‌الانبیاء (ص)، انستیتو روانپزشکی تهران.
مشخصات نشر	: تهران: میرماه، ۱۳۹۴.
مشخصات ظاهری	: ۶۲ ص.
شابک	: ۹۷۸-۶۰۰-۳۳۳-۲۲-۱-۱: ریال ۱۰۵۰۰۰
وضعیت فهرست نویسی	: فیپا
موضوع	: افسردگی در زنان
موضوع	: افسردگی — تشخیص
موضوع	: افسردگی — درمان
شناسه افزوده	: عاطف‌وحید، محمدکاظم، ۱۳۳۱ -
شناسه افزوده	: صابری زفرقندی، محمدباقر
شناسه افزوده	: بیمارستان تخصصی و فوق تخصصی خاتم‌الانبیاء (ص)، مرکز تحقیقات علوم اعصاب شفاء
شناسه افزوده	: انستیتو روانپزشکی تهران
رده بندی کنگره	: ۱۳۹۴: الف ۷/د۲۶/RC۵۳۷
رده بندی دیویی	: ۶۱۶/۸۵۲۷۰۰۸۲
شماره کتابشناسی ملی	: ۳۹۷۶۳۷۷

افسردگی زنان جنبه های زیستی و روانشناختی

تألیف:

دکتر محمد کاظم عاطف وحید

روانشناس بالینی

عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران

دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان

محبوبه دادفر

دانشجوی دکترای روانشناسی بالینی

دانشگاه علوم پزشکی ایران - پردیس بین الملل

دکتر محمد باقر صابری زفرقندی

روانپزشک، مدیر گروه مطالعات اعتیاد

دانشگاه علوم پزشکی ایران، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان

انستیتو روان پزشکی تهران



میراث

۱۳۹۴ شمسی



افسردگی زنان: جنبه‌های زیستی و روانشناختی

تألیف: محبوبه دادفر، دکتر محمد کاظم عاطف وحید، دکتر محمدباقر صابری زفرقندی

ناشر: میرماه

گرافیک جلد و متن: مهدیه ناظم زاده

لینتوگرافی و چاپ: قائم چاپ جوربند

صحافی: عطف

نوبت و سال انتشار: نخست/ ۱۳۹۴

شمارگان: ۵۰۰ نسخه

قیمت: ۱۰۵۰۰ تومان

شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۳۳۳-۲۲۰-۱

تمام حقوق اثر برای مرکز تحقیقات علوم اعصاب شفا محفوظ است.

خیابان ولیعصر (عج) - خیابان رشید یاسمی - بیمارستان فوق تخصصی خاتم الانبیاء (ص)

تلفن: ۸۸۸۸۴۰۴۰

انتشارات میرماه: تجریش، دزاشیب، خیابان شهید رضانی، کوی شهید مرتضی عباسی، پلاک ۳، واحد ۲

تلفن: ۲-۲۲۷۲۲۹۰۱ و ۴-۲۲۷۵۹۲۰۳ فاکس: ۲۲۷۱۹۵۲۳

پیشگفتار

اختلال افسردگی، رایج‌ترین اختلال روانی است که اخیراً به شدت رو به افزایش نهاده است. افسردگی را سرماخوردگی بیماری روانی نیز نامیده‌اند. افسردگی مسئله شماره یک سلامتی در دنیاست و افسردگی تشخیص داده نشده امروزه یکی از مشکلات عمده بهداشتی به شمار می‌رود.

افسردگی یک وضعیت جدی است که به ویژه در زنان شایع است. مطابق با انجمن ملی سلامت روان آمریکا از هر هشت زن یک نفر در دوره‌ای از طول عمر خود افسردگی را تجربه خواهد کرد. افسردگی یک بیماری فراگیر و فلج‌کننده است که هم روی زنان و هم مردان تأثیر می‌گذارد ولی میزان شیوع آن در زنان تقریباً دو برابر مردان است. زنان بیشتر در معرض خطر مبتلا به افسردگی هستند تا مردان. افسردگی اساسی و افسرده‌خویی در زنان دو برابر مردان است. این میزان در تمامی جوامع، صرف نظر از سوابق قومی و نژادی و با موقعیت‌های اقتصادی آنها در کشور آمریکا، یکسان بوده و در ده کشور دیگر جهان نیز گزارش شده است. میزان اختلال دو قطبی (افسردگی و مانیا) در زنان و مردان تقریباً یکسان است، اگر چه در زنان معمولاً دوره‌های افسردگی بیشتر و طول زمان‌های مانیا کمتر است. لذا افسردگی در همه افراد به یک میزان مناسب وجود ندارد، به ویژه هنگامی که موضوع جنسیت به میان می‌آید.

زنان نه تنها بیشتر از مردان مستعد ابتلا به افسردگی هستند، بلکه علل افسردگی زنان و حتی الگوی علائم آنها غالباً متفاوت هستند. عوامل بسیاری در ارائه یک تصویر منحصر به فرد از افسردگی زنان نقش دارند؛ از هورمون‌های تولید مثل گرفته تا فشارهای اجتماعی و واکنش‌های زنان به فشار روانی و استرس. آموزش در باره این عوامل می‌تواند به زنان کمک کند تا خطر ابتلا به افسردگی را به حداقل برسانند و درمان افسردگی در آنها موثرتر واقع شود.

افسردگی می‌تواند هر حوزه از زندگی زنان را تحت تأثیر قرار دهد. افسردگی می‌تواند بر زندگی اجتماعی، روابط، شغل، حس خود ارزشمندی و اهداف زنان تأثیر بگذارد. افسردگی اختلالی است که تفکر، خلق، احساسات، رفتار و سلامت جسمی زنان را تحت تأثیر قرار می‌دهد.

زنانی که علائم غمگینی، احساس گناه، خستگی، و به طور کلی فقط «خلق پایین» را احساس می‌کنند، ممکن است از اختلال افسردگی اساسی رنج ببرند. علائم و نشانه‌های افسردگی در زنان همانند سایر افرادی

است که مبتلا به اختلال افسردگی اساسی هستند. گرچه برخی از علائم و نشانه های افسردگی هم در مردان و هم در زنان یکسان هستند، زنان برخی از علائم این بیماری را بیشتر از مردان تجربه می کنند؛ برای مثال، اختلال خلقی فصلی افسردگی در ماه های زمستان که ناشی از سطوح پایین تر نور خورشید می باشد، در زنان شایع تر از مردان است. همچنین، زنان با احتمال بیشتری علائم افسردگی آتیپیک را تجربه می کنند. احساس گناه مرتبط با افسردگی نیز در زنان شایع تر و قابل توجه تر است.

زنان دو برابر بیشتر از مردان از افسردگی رنج می برند. این تفاوت دو به یک در همه گروه های نژادی، قومی و اقتصادی وجود دارد. در واقع، این تفاوت جنسیتی در میزان افسردگی در بسیاری از کشورهای جهان پیدا شده است. نظریه هایی وجود دارند که تلاش می کنند تا بروز بالاتر افسردگی در زنان را توضیح دهند.

عوامل زیادی در افسردگی زنان دخیل هستند. مسائل خاص زنان مثل شرایط هورمونی، ژنتیکی، زیست شناختی، دوران رشدی زندگی، روانشناختی، عوامل روانی اجتماعی و شخصیتی می توانند با شیوع بیشتر بیماری افسردگی در میان زنان رابطه داشته باشد. اختلال ترشح هورمون های تیروئیدی با افسردگی ارتباط دارد. بروز مشکلات تیروئید در زنان بالاتر است. از آنجا که هیپوتیروئیدی می تواند باعث افسردگی شود، این مشکل پزشکی باید همیشه در زنانی که مبتلا به افسردگی توسط پزشک بررسی شود.

عوامل زیست شناختی و هورمونی در افسردگی زنان شامل مشکلات پیش از قاعدگی، بارداری و ناباروری، افسردگی پس از زایمان، مشکلات قبل از یائسگی و پدیده یائسگی، و مشکلات بهداشتی و سلامتی می باشند. عوامل روانشناختی شامل تمرکز کردن بر و تعبیر کردن احساس های منفی، استرس های شدید در محیط کار، مدرسه، دانشکده یا خانه و مسائل مربوط به تصور بدنی هستند. عوامل اجتماعی همراه با انتخاب ها در سبک زندگی، روابط و مهارت های مقابله ای می توانند از جمله علل افسردگی در زنان باشند. این عوامل شامل مشکلات زناشویی و ارتباطی (برقراری تعادل در فشار شغلی و زندگی در خانه)، مسئولیت های خانوادگی (مراقبت از فرزندان، همسر یا والدین پیر)، تبعیض تجربه شده در محیط کار یا عدم دستیابی به اهداف، از دست دادن یا تغییر شغل، بازنشستگی، یا شروع به خدمت نظام وظیفه در کشورهایی که زنان باید این دوره را بگذرانند، مشکلات مالی مداوم، مرگ فرد محبوب یا سایر رویدادهای استرس زایی که احساس غیرمفید بودن، بی یوری، تنهایی یا غمگینی را به طور عمیق برای زنان بوجود می آورند.

اختلال افسردگی قابل درمان است و هر چه زنان در مورد پیامدهای خاص افسردگی و تاثیر این بیماری بر خودشان بیشتر بدانند، برای مقابله با آن آماده‌تر خواهند بود. در اکثر موارد، زنان مبتلا به افسردگی همان نوع درمان برای سایر افراد مبتلا به افسردگی را دریافت می‌کنند. رویکردهای اصلی درمانی روان درمانی و داروهای ضد افسردگی هستند. با این وجود، تعدادی تلویحات درمانی خاص برای افسردگی زنان وجود دارند.

کتاب حاضر برای ارائه کمک‌های بیشتر برای زنان افسرده و با اهداف زیر نگاشته شده است: زنان نشانه‌های و علائم هشدار دهنده افسردگی و علل آن را چگونه شناسایی کنند و کمک درمانی موثر را دریافت نمایند، علائم، درمان افسردگی پس از زایمان را چگونه شناسایی کنند و زنانی که بتازگی مادر شده‌اند، چگونه تحت حمایت قرار گیرند، زنان افسرده چگونه به درمان دسترسی پیدا کنند و روش‌های مراقبت از خود را یاد بگیرند، با درمان، دارو، و تغییرات در سبک زندگی که می‌توانند به درمان افسردگی کمک کنند آشنا شوند، راهنمایی را برای خودیاری، مقابله و غلبه بر افسردگی و آنچه را که درباره داروهای ضدافسردگی لازم است بدانند، فراهم سازد، راهنمایی برای خودکشی، برخورد با افکار و احساسات خودکشی، پیشگیری از خودکشی و چگونگی کمک به زنان افسرده‌ای که خودکشی‌گرا هستند را ارائه دهد.

مؤلفین

۱۳۹۴ شمسی

فهرست

۱۳	مقدمه
۲۰	تشخیص علایم افسردگی در زنان
۲۱	ابعاد مختلف افسردگی در زنان
۲۱	موضوعات مربوط به بلوغ
۲۲	بزرگسالی، روابط و نقش‌های کاری
۲۲	سندرم پیش از قاعدگی
۲۳	رویدادهای مربوط به بارداری و ناباروری
۲۴	تغییرات خلقی و افسردگی پس از زایمان
۲۵	افسردگی‌های دوران یائسگی
۲۶	افسردگی در اواخر بزرگسالی
۲۷	ملاحظات ویژه فرهنگی
۲۸	آزار و اذیت‌های جسمی و جنسی
۲۹	عوامل خطرزای زیستی و محیطی ناشی از پرورش در یک خانواده نابسامان و فقیر
۲۹	مشکلات بهداشتی و سلامتی
۲۹	افسردگی‌های فصلی
۳۰	اختلال افسردگی دو قطبی
۳۰	تاثیر عوامل رفتاری بر ایجاد افسردگی
۳۲	تاثیر افکار بر ایجاد افسردگی
۳۴	مروری بر ادبیات پژوهشی
۴۱	درمان افسردگی
۴۵	اقدامات خودیاری برای افسردگی زنان
۴۷	تقویت کننده‌ها و بالابرنده‌های سریع خلق
۴۷	تقویت کننده و بالابرنده خلق ۱: ورزش کنید
۴۸	تقویت کننده و بالابرنده خلق ۲: مراقبه انجام دهید
۴۸	تقویت کننده و بالابرنده خلق ۳: معاشرت کنید
۴۹	تقویت کننده و بالابرنده خلق ۴: هدف پیدا کنید

۴۹	اطلاعات عمومی درباره افسردگی در زنان
۵۰	بارداری و افسردگی
۵۰	اختلال ملال پیش از قاعدگی و افسردگی پیش یائسگی
۵۲	منابع

مقدمه

افسردگی یکی از شایع‌ترین مشکلات روانی است که باعث مراجعه بیماران به روانپزشکان و روانشناسان می‌شود. ۳۴۰ میلیون نفر از مردم جهان مبتلا به افسردگی می‌باشند. افسردگی یک بیماری جسمی روانی است که می‌تواند در روان افراد نشانه‌های مختلفی از خود بروز دهد، اما در هر کس میزان و ابعاد این نشانه‌ها با دیگری متفاوت است. افسردگی یکی از شایع‌ترین اختلالات روانی و یکی از بیماری‌هایی است که از نظر بار بیماری هزینه زیادی را به سیستم بهداشتی درمانی تحمیل می‌کند. افسردگی یک از علل بیماری‌زا و ناتوانی در تمامی کشورها است و در واقع بیماری آسیب‌زننده‌ای است که هر زن و مردی را تحت تأثیر قرار می‌دهد. ۱۰-۲۵ درصد از افراد در مرحله‌ای از زندگی، به افسردگی دچار خواهند شد. در جوامع صنعتی غربی افسردگی در بین زنان تقریباً دو برابر مردان است. شیوع اختلال افسردگی اساسی در زنان بیشتر از مردان است.

پژوهش‌های انجام شده در کشور آمریکا نشان می‌دهد که حدود ۱۹ میلیون نفر یعنی از هر ده نفر فرد بالغ یک نفر در سال افسردگی را تجربه می‌کند و تقریباً دو سوم از این افراد

کمک مورد نیاز خود را دریافت نمی نمایند. درمان می تواند علائم این بیماری را تا حدود ۸۰ درصد کاهش دهد اما اغلب به دلیل عدم تشخیص این بیماری، افسردگی ادامه یافته و منجر به ناراحتی هایی می شود که در صورت تشخیص به موقع قابل اجتناب است.

افسردگی پاسخ طبیعی افراد به فشارهای زندگی است و تنها زمانی نابهنجار تلقی می شود که یا با واقعه ای که رخ داده است متناسب نباشد و یا فراتر از حدی ادامه پیدا کند که برای اکثر مردم نقطه ای آغاز بهبود است. تقریباً همه افراد، حداقل به صورت خفیف احساس افسردگی را تجربه کرده اند. بسیاری از افراد خلقشان تغییر می کند و برخی اوقات نیاز به کمک پیدا می کنند. نوسانات خلق طبیعی بیانگر این هستند که در زندگی افراد چیزی از دست رفته است و آنها باید به تغییرات امور و خلاءهای اطراف خود توجه نماید. اما افسردگی بالینی شدیدتر از نوسانات معمول خلق است. گاهی اوقات افراد چنان در خلق پایین گیر می کنند که کمک گرفتن از جانب درمانگر برای آنها اجتناب ناپذیر می شود.

احساس بی حوصلگی، غمگینی، ناامیدی، دلسردی و ناخشنودی همگی از تجربیات رایج افسردگی هستند. این حالت را افسردگی بهنجار می گویند. مشخصه ی اساسی اختلال افسردگی ناامیدی و غمگینی است. افسردگی علائم مختلفی دارد مانند از دست دادن انرژی، از دست دادن علاقه به فعالیت ها و زندگی، غمگینی، از دست دادن اشتها و وزن، دشواری در تمرکز، خود انتقادگری، احساس ناامیدی، شکایات های جسمی، اجتناب از افراد، بیقراری، دشواری در تصمیم گیری و افکار خودکشی. بسیاری از افراد افسرده احساس اضطراب را نیز تجربه می کنند. آنها اغلب نگرانی، تهوع یا سرگیجه دارند، و برخی اوقات احساس گرگرفتگی یا یخ کردن، تاری دید، افزایش ضربان قلب و عرق کردن را نیز گزارش می کنند.

افسردگی بالینی در طیف خفیف تا شدید دیده می شود. برای مثال برخی افراد از علائم اندکی شکایت دارند. افراد مبتلا به افسردگی شدید ممکن است از تعداد زیادی از علائم شکایت داشته باشند که از فراوانی بالایی برخوردارند و مداوم و بسیار آزار دهنده هستند.

افسردگی بالینی با سوگواری پس از مرگ عزیز از دست رفته، جدایی، یا طلاق تفاوت دارد. احساس های غمگینی، تهی بودن، انرژی پایین، و از دست رفتن علاقه در دوران سوگواری طبیعی قلمداد می شوند؛ خشم و اضطراب نیز می توانند به عنوان فرایندهای طبیعی پس از سوگ تلقی گردند. افسردگی بالینی از این جهت با سوگ نرمال تفاوت دارد که گاهی در غیاب تجربه سوگ ایجاد می شود. علاوه بر این، افسردگی عمدتاً طولانی تر از سوگ است و شامل احساس های خود سرزنشگری، ناامیدی و یأس است.

بر خلاف سایر اختلالات خلقی، زنان و مردان بطور مساوی نسبت به اختلالات دو قطبی حساس و شکننده هستند. اگر چه زنانی که مبتلا به اختلال دو قطبی هستند دوره های بیشتری از افسردگی را می گذرانند و کمتر دوره های شیدایی (مانیا) و یا کم شیدایی (هیپومانیا) را تجربه می کنند.

بیشتر کسانی که به افسردگی دچار می شوند، زنانی جوان، مجرد، فاقد تحصیلات کافی، بیکار یا دارای درآمد کم و منزلت اجتماعی پایین هستند. به گونه ای که افسردگی را دارای جهت گیری جنسیتی می دانند و علت اصلی شیوع آن را منزلت اجتماعی پایین و قدرت کم زنان در تصمیم گیری در خانواده و جامعه ارزیابی می کنند.

یافته های پژوهش ها نشان می دهد که پایین دستی اجتماعی / اقتصادی زنان که یکی از مؤلفه های مهم و عینی ساختارهای اجتماعی است، به بروز بیماری روانی در زنان طبقه پایین جامعه می انجامد، چنان که فراوانی استرس در زنان طبقات پایین اجتماع به نسبت زنان طبقات بالا گاهی به بیش از ۲/۳ برابر می رسد.

تلفیق سه پارادایم واقعیت، تعریف و رفتار اجتماعی، می تواند منشأ اجتماعی بیماری روانی افسردگی در زنان را تبیین کند. برخی ویژگی های شناختی، زنان را مستعد ابتلا به بیماری روانی افسردگی می سازد که این ویژگی ها در شمار بازتولیدات اجتماعی نقش های جنسیتی زنانه است و تحت تأثیر ذهنیت های کلان اجتماعی قرار دارد. این وضعیت بر ادراک

زنان از واقعیت های اجتماعی تأثیر می گذارد و الگوهای معنایی که فعالیت در کنش های متقابل نسبت داده می شود را معین می کند و زنان را به توجیه عقیدتی تجربه شان وا می دارد. پژوهش ها نشان داده اند که زنان بیش از مردان دچار افسردگی می شوند. این اختلاف می تواند ناشی از عوامل گوناگون زیست شناختی، روان شناختی، محیطی، فرهنگی و یا ترکیبی از آنها باشد. سالیانه تعداد زیادی از افراد از اختلال افسردگی اساسی رنج می برند. ۲۵٪ زنان و ۱۲٪ مردان در طول عمرشان دست کم از یک دوره افسردگی اساسی رنج می برند. شانس عود دوره های دیگر پس از دوره اول بالا است. خوشبختانه درمان های بسیاری وجود دارد که می تواند به طور معنی داری احتمال بازگشت را کاهش دهند. دلیل تفاوت جنسی در شیوع افسردگی کاملاً روشن نیست اما دلایل احتمالی آن را می توان این گونه برشمرد:

زنان تمایل بیشتری به پذیرش احساس غمگینی و خودانتقادگری بطور آشکار دارند، در حالی که مردان ممکن است ماسک بزنند یا افسردگی خود را پشت مشکلات دیگر همچون سوء مصرف الکل و دارو پنهان نمایند. علاوه بر آن اغلب زنان از سنین پایین یاد می گیرند که ناامید و وابسته باشند. همچنین زنان نسبت به مردان با منابع پاداش کمتری مواجه می شوند و دستاوردهای خود را بیشتر مورد بی توجهی قرار می دهند. افکار بدبینانه، عزت نفس پائین، نداشتن احساس کنترل کافی در مورد رویدادهای زندگی و گرایش به نگرانی زیاد در زنان زیاد هستند و آنها را بیشتر در معرض ابتلاء به افسردگی قرار می دهد. این حالات ممکن است اثر بروز رویدادهای استرس زا و یا تلاش در انجام اقداماتی جهت مبارزه با آنها را به منظور بهبودی تشدید نمایند. تربیت سنتی دختران می تواند موجب بروز این گونه خصوصیات شده و احتمالاً به عنوان عاملی در افزایش میزان بالاتر از افسردگی در زنان (در مقایسه با مردان) موثر واقع شود.

تعداد بیشتری از زنان دچار چرخه سریع اختلال دو قطبی هستند که احتمالاً نسبت به درمان های متداول مقاومت بیشتری نشان می دهند. به نظر می رسد عوامل مختلف و منحصر به

افسردگی زنان: جنبه های زیستی و روانشناختی / ۱۷

فرد زندگی زنان در افزایش افسردگی آنها نقش داشته باشند. تحقیقات در مورد پی بردن به اینگونه عوامل شامل مسائل باروری، هورمونی، ژنتیکی و یا دیگر عوامل زیست شناختی و نیز ظلم و آزار جسمی و جنسی و عوامل بین فردی و بعضی از خصوصیات شخصیتی و روانی متمرکز گردیده است. به هر حال بسیاری از علل خاص مربوط به بروز افسردگی در زنان ناشناخته مانده است چرا که در بسیاری از زنان که در معرض اینگونه عوامل قرار گرفته اند، افسردگی دیده نمی شود.

تفاوت افسردگی بین زنان و مردان به لحاظ زیست شناختی ممکن است به علت مصرف داروهای رژیمی، آرامبخش ها، قرص های ضد بارداری، مصرف دخانیات و الکل باشد که میزان ترشح انتقال دهنده های عصبی را مختل می کند.

نتایج یک پژوهش نشان داد که هیپوتیروئیدی و هیپرتیروئیدی بر رفتارهای اضطراب و افسردگی مانند تاثیرات دو سویه دارد (یو و همکاران، ۲۰۱۵).

پروتئین پپتید پیشرو (HCNP-PP) مربوط به mRNA تحریک کننده مغز و اعصاب کولینرژیک هیپوکامپوس بالا در آمیگدال در اختلال افسردگی اساسی نقش دارد (باسی و همکاران، ۲۰۱۵).

تتامیدلاین (midline theta)، برونگرایی اژنتیک (agentic extraversion) و افسردگی آنهدونیک (فقدان لذت) (anhedonic depression) را از یکدیگر تجزیه و جدا می کند (موئیلر و همکاران، ۲۰۱۵).

عامل نوروتروفیک مشتق شده مسیر سلولی گلیال Glial cell-line Derived Neurotrophic Factor (GDNF) برای ایجاد، تمایزسازی و حفاظت از سلول های عصبی سیستم عصبی مرکزی تصور شده است و نقش مهمی در اختلالات مختلف عصب روانپزشکی بازی می کند. لین و تسینگ (۲۰۱۵) طی یک مطالعه فراتحلیلی سطوح خونی GDNF را به طور کلی به عنوان یک شاخص زیستی اختلال افسردگی مورد تایید قرار دادند.

پراتر و همکاران (۲۰۱۵) گزارش دادند که سطوح بالای التهابی سیستمیک ممکن است مکانیسم ارتباط مدت زمان خواب طولانی و خطر ابتلا به بیماری را در میان افراد با و بدون اختلال های افسردگی و اضطراب را نشان دهد.

گروس و همکاران (۲۰۱۵) نشان دادند که شروع زودرس اختلال شناختی با شکل پذیری سیناپسی تغییر یافته و بروز GluA1 افزایش یافته ناحیه هیپوکامپ در نمونه حیوانی (موش) در افسردگی ارتباط دارد.

در عملکرد اجرایی، به طور خاص در بازداری پاسخ، مطالعات متعددی از نقش اساسی کرتکس قدامی پیشانی (IFC) Inferior Frontal Cortex حمایت می کنند. پن فولد و همکاران (۲۰۱۵) گزارش دادند که بیماران بزرگسال دوقطبی افسرده نوع دو، در مقایسه با گروه کنترل، فعال سازی کاهش یافته قابل توجهی در نواحی لوب پیشانی راست (IFC)، از جمله ناحیه ۴۷ برودمن، شکنج پیشانی میانی ناحیه ۴۷ برودمن، و همچنین سایر نواحی لوب های پیشانی و گیجگاهی نشان دادند. کاهش فعال سازی IFC ممکن است یک کاستی مداوم در بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی، در هر دو حالت خلق بالا و همچنین خلق پایین را نشان دهد، در نتیجه نشانگر یک ویژگی صفتی اختلال دوقطبی می باشد.

تصویربرداری عصبی عملکردی (Functional neuroimaging) می تواند نابهنجاری های مغزی مربوط به اختلال افسردگی مقاوم به درمان را مشخص کند. ریچیری و همکاران (۲۰۱۵) پرفیوژن مغزی SPECT ۱۲۷ بیمار افسرده مقاوم به درمان با افراد سالم را مقایسه کردند. نتایج یک الگوی SPECT مشترک در نیمرخ اختلال افسردگی مقاوم به درمان شامل نواحی پیشانی - گیجگاهی و مخچه را نشان داد.

بیماران افسرده افزایش استرس اکسیداتیو و کاهش دفاع ضد اکسیدان را نشان داده اند. بلاک و همکاران (۲۰۱۵) طی یک مرور نظام مند و فراتحلیلی نشان دادند که استرس اکسیداتیو، آنطور که در پژوهش آنها توسط 8-OHdG و F2-isoprostanes اندازه گیری شد،

در افسردگی افزایش یافت. اختلال در مسیر intraplatelet L-arginine-nitric oxide-cGMP در افسردگی اساسی با اختلال در عملکرد پلاکت ها همراه است. اختلال افسردگی اساسی باعث استرس اکسیداتیو و تجمع بیش از حد پلاکت ها می شود (اوموندی دو کارمو و همکاران، ۲۰۱۵).

بدنه در حال رشدی از پژوهش ها تطابق تولید کورتیزول روزانه بین مادر و کودک دختر را نشان می دهند. در زمینه تاریخچه مادری افسردگی، تطابق بین نسلی تولید کورتیزول می تواند در hypercortisolemia در دختران مادران افسرده نقش داشته باشد که به افزایش خطر ابتلاء به اختلال افسردگی اساسی کمک می کند. یک توافق بین نسلی در بد تنظیمی کورتیزول وجود دارد که ممکن است به hypercortisolemia در دختران در معرض ریسک خطر خانوادگی برای افسردگی نقش داشته باشد (لیمولت و همکاران، ۲۰۱۵).

اسمیت و همکاران (۲۰۱۵) گزارش دادند که پیوندپذیری کارکردی Rostral Anterior Cingulate Cortex (RACC)-subcortical کاهش یافته ممکن است برای بد تنظیمی اتونومیک مرتبط به افسردگی در نظر گرفته شود. بد تنظیمی اتونومیک در افسردگی ممکن است با قطع ارتباط عملکردی بین RACC و هسته اتونوم ساقه مغز مرتبط باشد.

از طرف دیگر، زنان ممکن است به دلیل تداخل عمل هورمون های جنسی بدنشان مستعد ابتلا به افسردگی باشند. به لحاظ روان شناختی نیز این احتمال وجود دارد که زنان تمایل بیشتری دارند که مشکلات خود را بپذیرند و در صدد درمان آنها برآیند. به لحاظ فرهنگی و اجتماعی نیز زنان بیشتر از مردان می کوشند تا ارتباط خود را با دیگران توسعه دهند و حفظ کنند، اما در فرهنگی که به استقلال و خود کفایی بها می دهد، تمایل به دل بستگی نوعی ضعف تلقی می شود و همین امر، یعنی ناهماهنگی بین رفتارهای زنان و ارزش های فرهنگی منجر به کاهش عزت نفس و حس ارزشمندی در زنان می شود.

در برخی موارد نیز این طور به نظر می‌رسد که زنان بیش از مردان علائم و شکایات خود را از افسردگی بیان می‌کنند و یا آنکه مردان در برابر مشکل افسردگی خود بیشتر مقاومت می‌کنند و راه حل‌های دیگری غیر از مراجعه به پزشک برای درمان خود برمی‌گزینند. به لحاظ محیطی نیز، زنان بیش از مردان در معرض انواع استرس‌ها و اضطراب‌هایی قرار می‌گیرند که تاثیر خود را بر سیستم عصبی آنها و هورمون‌های بدنشان می‌گذارد. تجربه‌های روزمره نیز می‌توانند همچون شوک‌ها و فشارهای عصبی ایجاد کننده استرس باشند و موجب ابتلای بیشتر افسردگی در زنان نسبت به مردان شوند. علی‌رغم تاثیر این عوامل در بروز افسردگی، این بیماری قابل درمان می‌باشد. تشخیص بموقع و زود هنگام افسردگی، فرصتی برای پیشگیری اولیه و فراهم نمودن بهداشت روانی برای خانواده‌ها فراهم می‌سازد.

تشخیص علائم افسردگی در زنان

تاکنون پژوهشگران نتوانسته‌اند علت اصلی بروز افسردگی را در افراد شناسایی کنند. نارسایی‌های هورمونی (عدم تعادل هورمون‌های مترشح‌ه از قسمت‌های مختلف مغز مثل سروتونین، دوپامین، نوراپی نفرین)، عوامل ژنتیکی و سابقه خانوادگی، عوامل محیطی (زنانی که مواد مخدر مصرف می‌کنند، زنانی که مورد تجاوز جنسی قرار می‌گیرند، زنانی که همسرانشان فوت می‌کنند و یا از همسران خود جدا می‌شوند) و عوامل فرهنگی گوناگونی می‌توانند علت افسردگی‌های زنانه باشند. از آن جایی که افسردگی تا حدی رایج است، هر فردی ممکن است علائم اولیه افسردگی را بشناسد و یا خود شخصاً آن را تجربه کرده باشد. متأسفانه فقط حدود ۵۰ درصد از علائم اولیه افسردگی قابل شناسایی و درمان هستند و زنان در این بین شاید نتوانند این علائم را در خود به وضوح تشخیص دهند. علائم عمده افسردگی شامل موارد زیر هستند:

- جنبه‌های عاطفی: خلق غمگین و احساس بی‌ارزش بودن

- جنبه های شناختی: کاهش احترام به خویشتن و منفی نگری نسبت به خود و آینده خود
- جنبه های انگیزشی: عدم تحرک و بی انگیزگی برای انجام دادن کارها و فعالیت های روزمره

- جنبه های رفتاری: اختلالات مربوط به خوردن مثل پرخوری، بی اشتهاپی و اختلالات خواب مثل بی خوابی، خواب آلودگی عدم علاقه به روابط جنسی، احساس خستگی و عدم تمرکز.

ابعاد مختلف افسردگی در زنان

نتایج پژوهش های انجام شده در مورد افسردگی در زنان به جنبه های زیر توجه نموده اند:

موضوعات مربوط به بلوغ:

پیش از دوران بلوغ اختلافی در میزان بروز افسردگی در بین دختران و پسران دیده نمی شود اما بین سنین ۱۱ و ۱۳ سال میزان رشد افسردگی در دختران افزایش می یابد تا سن ۱۵ سالگی که دختران ۲ برابر بیشتر نسبت به مردان دوره افسردگی را تجربه می کنند. این مساله در دوران بلوغ یعنی در زمانی که انتظارات و نقش های افراد به طور چشمگیری تغییر می کند، رخ می دهد. فشارهای دوران بلوغ شامل شکل گیری هویت، ظاهر شدن نقش جنسی، جدا شدن از الگوها، تجربه تصمیم گیری برای اولین بار همراه با دیگر تغییرات هورمونی ذهنی و جسمی می شود. این گونه فشارها به طور کلی در پسران و دختران متفاوت است و ظاهراً در دختران بیشتر با افسردگی همراه است. تحقیقات نشان می دهد که در دختران دبیرستانی میزان افسردگی، اضطراب، اختلالات مربوط به خوردن و اختلالات مربوط به تطبیق با محیط نسبت به پسران دبیرستانی که اختلالات رفتاری تخریب کننده ای نشان می دهند به مراتب بالاتر است.

بزرگسالی، روابط و نقش‌های کاری:

به طور کلی فشارها می‌توانند در ابتلا به افسردگی در افرادی که از نظر زیست‌شناختی نسبت به این بیماری آسیب‌پذیر هستند، موثر باشند. برخی از نظریه‌ها معتقد هستند که شیوع بالاتر میزان افسردگی در زنان ناشی از فشارهای ویژه‌ای است که زنان با آن مواجه هستند. اینگونه فشارها شامل مسئولیت‌های اصلی آنها در خانه و در محل کار، تک والدینی و مراقبت از کودکان و والدین سالمند می‌شود. اینکه چگونه اینگونه عوامل می‌توانند روی زندگی زنان اثر بگذارند هنوز شناخته نشده است. بالاترین میزان شیوع افسردگی در زنان و مردانی دیده می‌شود که از یکدیگر جدا شده و طلاق گرفته‌اند و کمترین میزان آن در زنان و مردان ازدواج کرده دیده می‌شود. در هر حال همیشه میزان افسردگی در زنان بیشتر از مردان است. کیفیت ازدواج نقش مهمی در زندگی دارد. نداشتن یک دوست صمیمی و محرم و رابطه‌ای مطمئن، همچنین آشکار شدن اختلافات زناشویی می‌تواند باعث افسردگی در زنان شود. در حقیقت بیشترین میزان افسردگی در زنان در برهه‌هایی که از زندگی زناشویی خود راضی نیستند، دیده شده است.

سندرم پیش از قاعدگی:

افسردگی ناشی از پرיוدهای ماهیانه نیز یکی دیگر از افسردگی‌های رایج در بین زنان است که معمولاً در بین روزهای ۱۰-۷ پرئود به طور کوتاه مدت ظاهر می‌شود. علت اصلی این نوسان خلقی ترشح هورمون‌های زنانه است که موجب برهم خوردن تعادل خلق و خوی آنها می‌شود. این سندرم در ۷-۵ درصد زنان مشاهده می‌شود و دارای علائم بسیار گوناگونی است. در برخی به صورت بی‌حوصلگی، خلق پایین و گرفتگی و در برخی دیگر همراه با دردهای جسمانی (مثل سردردهای شدید میگرنی) گزارش می‌شود. اگر چه یک مکانیسم ویژه زیست‌شناختی در مورد دخالت هورمونی در بروز افسردگی شناخته نشده است، اما

تجربیات نشان داده اند که بسیاری از زنان در سیکل های قاعدگی خود بعضی از تغییرات جسمانی و رفتاری را تجربه می کنند. در بعضی از زنان این تغییرات با شدت - به طور منظم و همراه با احساس افسردگی - تحرک پذیری و دیگر تغییرات جسمی و احساسی رخ می دهد. این تغییرات به نام سندرم قبل از قاعدگی (PMS) نامیده شده است. این تغییرات معمولاً بعد از تخمک گذاری شروع می شده و به تدریج تا شروع قاعدگی بدتر می شود. پژوهشگران علاقمند به بررسی این مساله هستند که چگونه بالا رفتن و یا کاهش دوره های میزان استروژن و یا دیگر هورمون ها احتمالاً می توانند روی ترکیبات شیمیایی مغز که در ارتباط با بیماری افسردگی است، اثر بگذارند.

رویدادهای مربوط به بارداری و ناباروری:

رویدادهای باروری زنان شامل سیکل های قاعدگی، حاملگی، دوره بعد از حاملگی، نازایی، یائسگی و در بعضی موارد بعد از اخذ تصمیم در مورد نداشتن فرزند می شود. این موارد نوساناتی را در خلق و خوی زنان به وجود می آورد که در بعضی از زنان این نوسانات شامل افسردگی هم می شود. تحقیقات این مساله را مورد تأیید قرار داده اند که هورمون ها روی ترکیبات شیمیایی مغز که احساسات و خلق و خوی را کنترل می کند، اثر می گذارند. علاوه بر این، مادر شدن احتمالاً خطر ابتلا به افسردگی را به دلیل فشار و یا تقاضاهایی که باید به آن پاسخ دهند، افزایش می دهد. حاملگی (اگر خواسته انجام گیرد) به ندرت در ایجاد افسردگی نقش دارد اما سقط جنین نیز ظاهراً منجر به شیوع بیشتر افسردگی می شود. تحقیقات نشان می دهد زنانی که بعد از به دنیا آوردن فرزند خود دچار افسردگی اساسی می شوند. قبل از حاملگی چندین بار در گذشته آن را تجربه کرده اند که احتمالاً تشخیص داده نشده و درمانی برای آن صورت نگرفته است.

مصرف مواد و سیگار می توانند باعث افسردگی شود. سلیمی و همکاران (۲۰۱۵) گزارش دارند که در زنانی که قبل از بارداری سیگار مصرف می کردند، در طول دوران بارداری به طور مداوم از آن استفاده می کردند و پس از زایمان نیز به مصرف سیگار ادامه دادند و بروز افسردگی پس از زایمان در آنها رابطه وجود داشت. یک مطالعه دیگر نیز نشان داد که مصرف سیگار با وجود علائم افسردگی بیشتر ارتباط دارد (چایتون و همکاران، ۲۰۱۵). سابقه استعمال دخانیات و نداشتن افسردگی با نقص هایی در تشخیص چهره های شاد و غمگین مربوط می شود (مایرز و همکاران، ۲۰۱۵).

کیرکان و همکاران (۲۰۱۵) گزارش دادند که میزان افسردگی زنان در شرق ترکیه بالا است. قرار گرفتن در معرض خشونت و سابقه افسردگی قبلی، افسردگی را هم در دوران بارداری و هم دوره پس از زایمان پیش بینی نمود. مواجهه با خشونت در دوران بارداری و وجود یک اختلال روانی قبلی عوامل خطر برای افسردگی پری ناتال بودند. آنها پیشنهاد دادند که انجام آزمون های غربالگری می توانند زنان در معرض خطر افسردگی مرتبط با دوران بارداری را تشخیص دهند و برنامه های پیشگیری بایستی در مناطقی که شیوع افسردگی بالا است انجام شود.

پژوهش ها نشان داده اند زنانی که مشکل نازایی دارند، احتمالاً در معرض غمگینی و اضطراب بیش از حد قرار دارند ولی روشن نیست که این امر در افزایش شیوع افسردگی نقشی داشته باشد (دادفر و همکاران، ۱۳۸۰، ۱۳۸۸، ۱۳۹۳، ۱۳۹۴).

تغییرات خلقی و افسردگی پس از زایمان:

افسردگی می تواند از غمگینی موقتی که یک زن بلافاصله بعد از به دنیا آوردن فرزند خود تجربه می کند تا مرحله ای اساسی از افسردگی و درماندگی تفاوت داشته باشد. افسردگی

یکی از رایج ترین احساس هایی است که اغلب زنان بعد از تولد نوزاد در خود حس می کنند. اختلالات افسردگی، نوسانات خلقی و هیجان های مکرر و استرس آور این دوران کاملاً طبیعی و عادی و البته موقت است. هر چند برای برخی از زنان علائم قدری پایدارتر، جدی تر و طولانی تر است، اما معمولاً بین ۶ - ۳ هفته بعد از زایمان به تدریج کاهش می یابد و به ندرت طولانی مدت (برای مثال یک سال) می شود. تقریباً ۱۵ درصد از زنانی که زایمان دارند، علائمی از افسردگی بعد از زایمان از خود نشان می دهند. چنانچه این اختلال در مادر ماندگار بماند، می تواند تاثیری بسیار منفی بر روابط با کودک و توانایی نگهداری از او بگذارد. علائم باید هر چه زودتر برای بررسی دقیق تر با پزشک معالج، در میان گذاشته شود. نتایج یک پژوهش نشان داد که افسردگی پس از زایمان مادران، واکنش پذیری استرس زیست شناختی تغییر یافته نوزادان در بزرگسالی را پیش بینی می کند (باری و همکاران، ۲۰۱۵).

برای بررسی تغییرات خلقی و افسردگی پس از زایمان و تفکیک آن از غم پس از زایمان زنان باید غربالگری مناسبی صورت گیرد. تیسوت و همکاران (۲۰۱۵) گزارش دادند که برای ارزیابی افسردگی پس از زایمان، روش های متعدد و جامعی مورد نیاز است. زهوا و همکاران (۲۰۱۵) گزارش داد که استفاده ترکیبی از مقیاس غربالگری افسردگی پس از زایمان (PDSS) Scale Postpartum Depression Screening و مقیاس افسردگی پس از زایمان ادینبورگ (Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) برای شناسایی افسردگی پیش از زایمان در زنان باردار دارای عوارض زایمان مناسب است.

افسردگی های دوران یائسگی:

در اغلب زنان، یائسگی می تواند همراه با علائمی از تغییر خلق و خو، حساسیت های بیش از حد و تزلزل روحیه و خستگی باشد. این نوع از افسردگی می تواند ناشی از تغییرات غدد داخلی در میانسالی و یا باورهای منفی و درونی شده زنان درباره عدم باروری آنان باشد. در

مطالعات گوناگونی مشخص شده است که افسردگی ناشی از یائسگی در قشر تحصیل کرده زنان و آنهایی که ازدواج نکرده بودند، کمتر مشاهده می شود. به طور کلی یائسگی ارتباطی به افزایش خطر افسردگی ندارد. تحقیقات نشان می دهد که بروز افسردگی در زمان یائسگی تفاوتی با بروز این بیماری در سنین دیگر ندارد. زنانی که بیشتر نسبت به افسردگی مربوط به تغییرات زندگی آسیب پذیرند، همان افرادی هستند که در گذشته در زندگی خود دوره هایی از افسردگی را گذرانده اند.

افسردگی در اواخر بزرگسالی:

زمانی فکر می کردند که زنان زمانی که فرزندانشان بزرگ شده و منزل را ترک می کنند با سندرم "آشپانه خالی" مواجه می شوند به این ترتیب که عمیقاً احساس می کنند هویت و هدفشان را در زندگی از دست داده اند و از این رو مستعد ابتلاء به افسردگی می شوند اما تحقیقات افزایش میزان افسردگی در این مرحله از زندگی را در زنان نشان نمی دهد. در مقایسه با گروه های جوانتر، زنان سالمند بیشتر از مردان از بیماری افسردگی رنج می برند. همین طور برای تمام گروه های سنی مجرد (که شامل افراد بیوه نیز می شود) عامل خطر ابتلا به افسردگی وجود دارد. مهم تر اینکه نباید از نظر دور داشت که افسردگی به عنوان یک پیامد طبیعی ناشی از مشکلات اقتصادی اجتماعی و جسمی دوران پایان زندگی عارض می شود (دادفر و همکاران، ۱۳۹۳).

در ایالات متحده آمریکا هر ساله حدود ۸۰۰/۰۰۰ نفر بیوه می شوند. بیشتر این افراد مسن و زن هستند و درجات مختلفی از نشانه های افسردگی را تجربه می کنند. بیشتر آنها نیازی به درمان خاصی ندارند ولی آن عده ای که در حد متوسط و یا شدیدی غمگین هستند، می توانند با بهره مندی از خدمات گروه های خودیار و یا درمان های روانی و اجتماعی مختلف بهبودی پیدا کنند. به هر حال حدود یک سوم افرادی که همسر خود را از دست می دهند، در یک ماه

اول بعد از مرگ همسر نشانه های اختلال افسردگی اساسی را از خود بروز می دهند و نیمی از این افراد تا یک سال بعد از واقعه در حالت افسردگی باقی می مانند. این گونه افسردگی ها به درمان های متعارف ضد افسردگی پاسخ می دهند، گر چه پژوهش ها در مورد اینکه چه زمانی باید این درمان ها را شروع کرد و یا اینکه چگونه باید دارو درمانی با درمان های روانی اجتماعی ترکیب کردند، هنوز در مراحل اولیه می باشند.

وان و ارسویلد و همکاران (۲۰۱۵) گزارش دادند که عامل رشد شبه انسولین ۱ سرمی (Serum Insulin-like Growth Factor 1) IGF-1 احتمال دارد در ایجاد افسردگی اواخر عمر نقش حاد داشته باشد نه نقش پیش بینی کننده.

گومز و مک لارن (۲۰۱۵)، کیلی و بوتوروث (۲۰۱۵) گزارش دادند که برای اندازه گیری و غربالگری علائم اختلال خلقی و افسردگی در مردان و زنان نیاز به ابزارهای معتبر و پایا می باشد. یک پژوهش نشان داد که شناسایی طعم مورد استفاده قرار گرفته، به عنوان یک آزمون افتراقی بالقوه در میان افسردگی و بیماری آلزایمر در افراد مسن محسوب می شود (ناودین و همکاران، ۲۰۱۵).

ملاحظات ویژه فرهنگی:

به طور کلی بررسی های انجام گرفته روی زنان در کشورهای آفریقایی آمریکایی و اسپانیولی زبان نشانگر شیوع افسردگی در زنان به میزان دو برابر مردان است. اگر چه دلایلی وجود دارد که نشان می دهد اغلب در کشورهای آفریقایی و آمریکایی بیماری افسردگی تشخیص داده نمی شود و این نسبت تشخیص در کشورهای اسپانیولی زبان نسبت به زنان قفقازی بیشتر است، اطلاعات قطعی مربوط به شیوع افسردگی در دیگر قوم ها و نژادها در دسترس نیست. تفاوت های احتمالی در نشان دادن علائم افسردگی در بین اقلیت ها احتمالاً در تشخیص این بیماری موثرند. به عنوان مثال آمریکایی های آفریقایی تبار بیشتر علائم جسمانی

مانند تغییر در اشتها و دردهای جسمی را گزارش می‌کنند. علاوه بر این افراد با زمینه‌های فرهنگی متفاوت ممکن است نشانه‌های افسردگی را به گونه‌های دیگری تجربه نمایند که این عوامل هنگام کار با جمعیت‌های ویژه باید مورد توجه قرار گیرد. از سوی دیگر شواهدی در دست است که اصولاً افسردگی در بین آمریکایی‌های آفریقایی تبار شیوع کمتری دارد، این میزان در زنان اسپانیایی کمی بیشتر از زنان قفقازی می‌باشد. چنین عواملی باید در حین کار با زنان از فرهنگ‌های مختلف در نظر گرفته شود.

آزار و اذیت‌های جسمی و جنسی:

بررسی‌ها نشان می‌دهد زنانی که در دوران کودکی مورد دستکاری جنسی قرار گرفته‌اند احتمالاً در طول زندگی در معرض بیشتر در ابتلا به بیماری افسردگی هستند تا زنانی که چنین تجربه‌ای را نداشته‌اند. علاوه بر این مطالعات متعددی نشان می‌دهد که بروز افسردگی در زنانی که در دوران بلوغ و یا در بزرگسالی مورد تجاوز جنسی قرار گرفته‌اند بیشتر است. از سوی دیگر چون زنان خیلی بیشتر از مردان در دوران کودکی مورد اذیت و آزار جنسی قرار می‌گیرند، از این رو این یافته‌ها ارتباط بیشتری با موضوع افسردگی در زنان پیدا می‌کند. زنانی که به شکل‌های مختلف مورد اذیت و آزار قرار گرفته‌اند از قبیل آزار جسمی و یا جنسی در محل کار، میزان بیشتری از افسردگی را نشان می‌دهند. آزاری که احتمالاً منجر به افسردگی می‌شود از طریق پائین آمدن عزت نفس، احساس ناامیدی، خود سرزنشگری و انزوای اجتماعی به وجود می‌آید. نتایج یک پژوهش طولی معرف ملی در کشور آفریقای جنوبی نشان داد که افزایش فراوانی درک شده خشونت خانگی همسایگی/محل‌های با افزایش علائم افسردگی زنان همراه بود (میفیرت و همکاران، ۲۰۱۵).

عوامل خطرزای زیستی و محیطی ناشی از پرورش در یک خانواده نابسامان و فقیر:

زنان و کودکان که ۷۵ درصد جمعیت آمریکا را تشکیل می دهند در این کشور فقیر محسوب می گردند. فقر اقتصادی فشارهای بسیاری از قبیل گوشه گیری، احساس ناایمنی، مواجهه شدن با رویدادهای ناگوار بسیار و دسترسی ناکافی به منابع کمکی را موجب می شود. غمگینی و داشتن روحیه پائین امری عادی در بین افرادی است که در آمد اقتصادی کمی دارند و فاقد حمایت های اجتماعی هستند. اما تحقیقات هنوز ثابت نکرده است که شیوع افسردگی در بین افرادی که مواجه با فشارهای محیطی ذکر شده هستند، بیشتر است.

مشکلات بهداشتی و سلامتی:

بیماری مزمن، آسیب، یا از کار افتادگی می تواند منجر به افسردگی در زنان منجر شود، همچنین این مشکلات می توانند موجب بهم ریختن رژیم غذایی و ترک سیگار شوند.

افسردگی های فصلی:

افسردگی های فصلی نیز گاهی به صورت غمگینی، ناامیدی و در خود فرورفتگی گروهی از زنان را به خود مبتلا می کند. حدود ۳ - ۱ درصد از زنان در فصل زمستان دچار افسردگی های کوتاه مدت و گذرا می شوند. پژوهشگران بر این باورند که تغییرات هورمونی و بیوشیمیایی مغز در بدن برخی زنان در فصل زمستان موجب بروز اختلال افسردگی در آنان می شود که به تدریج نیز با پایان فصل زمستان و آغاز فصل بهار از بین می رود. این افراد بیش از سایرین در معرض ابتلا به افسردگی بالینی هستند.

اختلال افسردگی دو قطبی:

اختلال افسردگی دو قطبی نیز یکی دیگر از انواع اختلالات افسردگی است که علایمی از شیدایی افسردگی حاد در طول دوره‌ای مشخص دارد. زمانی که فردی در چرخه افسردگی به سر می‌برد، تمامی علائم خلق پایین (مثل کمبود اشتها، بی‌خوابی، احساس درماندگی و عدم لذت) را دارد و زمانی که در چرخه شیدایی به سر می‌برد، تمامی علائم شیدایی (مثل پرحرفی، هجوم افکار، افزایش توان جسمی، فعالیت زیاد و پرانرژی بودن) را از خود نشان می‌دهد. زنانی که دچار اختلال دو قطبی می‌شوند، معمولاً چرخه افسردگی طولانی‌تری دارند.

تأثیر عوامل رفتاری بر ایجاد افسردگی

شواهد پژوهشی نشان می‌دهند که افراد دارای استرس‌های زندگی شدید به احتمال بیشتری افسرده می‌شوند، به‌ویژه اگر این افراد مهارت‌های مقابله‌ای کافی نداشته باشند یا از مهارت‌های خود به موقع استفاده نکنند. هرچند هر یک از عوامل و استرس‌های زیر می‌توانند فرد را مستعد افسردگی کنند. با این حال هیچ‌یک ضرورتاً ایجاد افسردگی نمی‌کنند. برای مثال شخصی ممکن است فقدان را تجربه کند اما با این فقدان به گونه‌ای روبرو شود که مانع رفتارهای پاداش دهنده، یادگیری مهارت‌های تازه، جهت‌دهی مجدد توجه و ایجاد اهداف تازه نشود. شیوه‌های مختلف تفکر می‌تواند شانس فرد را برای افسرده شده افزایش دهد. افراد به احتمال بیشتر زمانی افسرده می‌شوند که فکر کنند خودشان مقصر اتفاقات بدی هستند که برای آنها افتاده است، یا این که هیچ چیز نمی‌تواند تغییر کند و آنها باید در هر چیزی کامل باشند. این تعبیرها از استرس و فقدان شناخت‌ها یا افکاری هستند که افراد درباره خود و محیط‌شان دارند. درمان شناختی رفتاری به طور اخص به شناسایی، آزمودن، چالش و تغییر این دیدگاه‌های افراطی منفی زندگی تمرکز می‌کند. تعدادی از عوامل رفتاری استرس‌زا که در ایجاد افسردگی نقش دارند در زیر آورده شده‌اند:

- **فقدان و از دست دادن:** از دست دادن شغل، دوستی یا رابطه ای نزدیک

- **کاهش رفتار پاداش دهنده:** افسردگی با عدم فعالیت و کناره گیری مشخص می شود. برای مثال، افراد افسرده گزارش می دهند که زمان بیشتری را صرف رفتارهای غیرپاداش دهنده و منفعل مانند تماشای تلویزیون، دراز کشیدن در رختخواب، فکر کردن به مشکلات، و شکایت کردن به دوستان می کنند. آنها زمان کمتری را صرف رفتارهای چالش برانگیز و پاداش دهنده مانند تعاملات اجتماعی مثبت، ورزش کردن، مطالعه کردن، و کار سازنده می کنند.

- **فقدان خودپاداش دهی:** اکثر افراد مبتلا به افسردگی به رفتار مثبت خود پاداش نمی دهند. برای مثال آنها به ندرت خود را تحسین می کنند یا در مورد خرج کردن پول برای خودشان تردید دارند. در اکثر مواقع، افراد افسرده فکر می کنند آنقدر بی ارزش هستند که نباید خود را مورد تشویق و تحسین قرار دهند. برخی افراد افسرده فکر می کنند اگر خود را تحسین کنند، تنبل خواهند شد.

- **عدم به کارگیری مهارت های اجتماعی یا حل مسئله:** افراد افسرده مشکلاتی در بیان کردن خود، حفظ دوستی، یا حل مشکلات با همسر، دوستان، یا همکارانشان دارند. این افراد از یک سو به دلیل فقدان برخی مهارت ها و از سوی دیگر عدم کاربرد مهارت هایی که دارند، تعارض های میان فردی بیشتری را تجربه می نمایند.

- **خواسته های جدید:** انتقال به شهر جدید، والد شدن، یا پایان دادن به یک ارتباط و تلاش برای یافتن دوستان جدید می توانند استرس مهمی برای برخی افراد ایجاد کند.

- **بودن در موقعیتی که فرد در آن احساس ناامیدی کند:** افسردگی ممکن است ناشی از ماندن در موقعیتی باشد که فرد نمی تواند پاداش و تنبیه آن را کنترل کند. فرد احساس غمگینی یا خستگی، از دست دادن علاقه و احساس ناامیدی می کند زیرا معتقد است فرقی

ندارد چه کاری انجام دهد زیرا نمی تواند چیزی را بهتر کند. مشاغل غیر تقویت کننده یا روابط نامناسب می تواند منجر به این قبیل احساسات شود.

- ماندن در موقعیت تنبیه کننده: گاهی فرد در موقعیتی قرار دارد که نه تنها در آن پاداش به دست نمی آورد که از جانب دیگران مورد سرزنش نیز قرار می گیرد و طرد می شود. برای مثال بسیاری از افراد افسرده ممکن است زمانی را با افرادی به سر ببرند که از آنها انتقاد می کنند یا به شیوه های مختلف به آنها آسیب می زنند.

- اجتناب و منفعل بودن: فرد از تجارب یا احساسات مشکل یا ناخوشایند اجتناب می کند. این کار منجر به پاداش های کمتر و احساس ناامیدی بیشتر می شود.

تاثیر افکار بر ایجاد افسردگی

شیوه های مختلفی که فرد فکر می کند یعنی شناخت های وی می تواند علت افسردگی باشند. سوگیری های شناختی می توانند باعث ایجاد و حفظ افسردگی شوند (مویوس و همکاران، ۲۰۱۵) و شامل موارد زیر هستند:

- افکار خودآیند ناکارآمد: این افکار خود به خود به ذهن می آیند و قابل قبول و موجه به نظر می رسند، با این حال آنها ادراک هایی تحریف شده هستند و با احساسات منفی مانند غمگینی، اضطراب، خشم و ناامیدی مرتبط می باشند. مثال هایی از افکار خودآیند ناکارآمد وجود دارند مانند ذهن خوانی (او فکر می کند من بازنده ام)، برجسب زنی (من بازنده ام، او تند و سریع است)، پیشگویی (من طرد خواهم شد، او مرا فریب می دهد)، فاجعه سازی (اگر مرا طرد کند وحشتناک است، من تحمل اضطراب را ندارم)، تفکر دو مقوله ای (همه یا هیچ) (من در هر کاری شکست می خورم، از چیزی لذت نمی برم، هیچ کاری نمی توان کرد) و نادیده گرفتن امور مثبت (ن اهمیت ندارد زیرا هر کسی می تواند آن را انجام دهد).

دو و همکاران (۲۰۱۵) گزارش دادند که افکار خودکار منفی ممکن است پیش بینی کننده خوبی برای پیامد افسردگی باشد و ساختار مغزی مرتبط با افکار خودکار، علائم افسردگی را در افراد سالم پیش بینی می نماید. در پژوهش آنها افکار خودکار میانجی واسطه ارتباط بین روان رنجوری و افسردگی در افراد سالم بود. افکار خودکار با تفاوت های فردی در حجم شکنج پراهیپوکامپال parahippocampal ارتباط مثبت داشت. افکار خودکار منفی به طور معنی داری واسطه بین حجم ماده خاکستری شکنج پراهیپوکامپال و افسردگی بود. تعامل بین حجم شکنج پراهیپوکامپال و روان رنجوری افکار خودکار را پیش بینی کرد.

- **فرض های ناسازگار:** این فرض ها شامل عقایدی هستند درباره آنچه فرد فکر می کند باید انجام دهد. افراد افسرده گمان می کنند باید این فرض ها را داشته باشند. به عنوان مثال من باید توسط همه تأیید شوم، اگر کسی مرا دوست ندارد به این معنی است که غیر قابل دوست داشتن هستم، اگر در کاری شکست بخورم فردی شکست خورده هستم، باید بخاطر شکست هایم از خود انتقاد کنم، اگر مشکلی را به مدت طولانی دارم پس نمی توانم آن را تغییر دهم و من باید افسرده باشم.

- **خودپنداره منفی:** فردی که از افسردگی رنج می برد اغلب بر کمبودهایش تمرکز می کند و در آنها اغراق می نماید و هر ویژگی مثبت خود را کوچک ارزیابی می کند. افراد افسرده ممکن است خود را غیر قابل دوست داشتن، زشت، کودن، ضعیف یا حتی شیطانی تصور کنند.

- **اشتغال ذهنی با تفکر کردن:** اکثر افراد در افکار و احساسات منفی گیر می کنند و این

منجر به اجتناب و انفعال می شود.

مروری بر ادبیات پژوهشی

سالیان زیادی است که سلامت روانی زنان مورد بررسی قرار گرفته است. زنان اگرچه به عنوان یک جنسیت در مقایسه با مردان عمر طولانی تری دارند، اما بیشتر از مردان در معرض مشکلات مربوط به سلامت روانی قرار می گیرند. خطرپذیری زنان و مردان در برابر مسایل بهداشت جسمانی و روانی تحت تاثیر عوامل پیچیده و چندگانه زیست شناختی، روان شناختی و جامعه شناختی است، و به دلیل تعامل و کنش متقابل و پیچیده این عوامل بهداشت روانی زنان در مقایسه با مردان به لحاظ شیوع بیشتر اختلال هایی چون افسردگی اضطراب و نیز سیر و شروع مشکلات متفاوت است (کوهن، ۲۰۰۰).

مطالعات نشان داده است که در جمعیت عمومی علایم افسردگی و اضطراب بیشتر از اختلال افسردگی و اضطراب مشاهده می شود بدون اینکه معیارهای این اختلال را داشته باشند (لینگ ۲۰۰۵) و زنان با اختلال های اضطرابی بیشتر احتمال دارد که دچار افسردگی شوند. افسردگی اختلال روانی شایعی است که اثرات ناتوان کننده اجتماعی اقتصادی دارد و این اختلال هم امروزه توجه زیادی را بر حسب مباحث جنسیتی به خود اختصاص داده است. در عین حال مرور مطالعات حاکی از این است که در شرایطی که زنان از موقعیت های برابر سود جویند، تفاوت های جنسیتی در افسردگی کاهش می یابد (کرافورد و انگر، ۲۰۰۴).

یعقوبی هشجین و الهی (۱۳۹۲) گزارش دادند که بین نمرات تبعیض جنسیتی ادراک شده، همچنین نمرات تمام زیرمقیاس های پرسشنامه رویدادهای تبعیض آمیز جنسیتی و افسردگی، اضطراب و استرس همبستگی معنادار مثبت وجود دارد. تبعیض جنسیتی به خصوص تجربه های تبعیض آمیز مربوط به طول زندگی، نقش مهمی در پیش بینی افسردگی، اضطراب و استرس زنان داشت. نتایج سایر پژوهش ها نیز نشان داده است که تبعیض جنسیتی به عنوان یک منبع استرس و اضطراب مختص زنان به صورت شایع در جامعه وجود دارد.

تاکید بر نقش های چندگانه زنان در رابطه با این اختلال تابلوی روشن تری از این اختلال بدست خواهد داد و راهکارهای درمان و آسیب شناختی این اختلال را روشن تر خواهد ساخت. مرور یافته های نظری نشان داده است که نقش زنان خانه دار و نقش زن شاغل تاثیر متقابل پیچیده ای بر بهداشت روانی زنان می گذارد. زنان در رابطه با هر دوی این نقش ها، استرس بیشتری را تجربه می کنند. ترکیب پیچیده ای از مادر بودن، همسر بودن، شاغل بودن و فرزند بودن، نقش های چندگانه ای است که منشاء استرس گزارش شده اند.

ترکیبی از قدرت کمتر، افزایش حجم کار جسمانی بیشتر تمام وقت از یک سو برای زنان خانه دار و فشار کار ناشی از اشتغال درآمدزا و در عین حال مراقبت از خانواده از سوی دیگر تبیینی است برای شیوع بیشتر اختلال افسردگی در زنان (برانون، ۲۰۰۲). در رابطه با این تبیین دو مدل نظری مطرح است:

۱- مدل یا فرضیه نظری بهبود

۲- مدل یا فرضیه کمبود

براساس مدل بهبود، و نیز براساس پژوهش های مربوط به زنان و نقش های چندگانه، فرض بر این است که نقش های چندگانه در سلامت روانی زنان تاثیر مثبت دارد. در حالی که براساس مدل کمبود، افزوده شدن نقش ها پیامدهای منفی برای سلامت روانی زنان دارد (خمسه، ۱۳۸۳، ۱۳۹۲).

شیوع افسردگی در زنان شاغل، در محدوده متوسط افسردگی است (رشیدی، ۱۳۸۰). مطالعات سایر محققین نیز نشان می دهد که اشتغال به کار، سلامت روانی زن را ترفیع می بخشد.

بیک (۱۹۹۷) گزارش داد که ده درصد بیماران مراجعه کننده به مراکز بهداشتی، افسردگی را تجربه می کنند و حدود ۳۰-۲۰ درصد افراد از افسردگی خفیف تر و یا اضطراب در رنج هستند و اکثر این بیماران را زنان تشکیل می دهند (ریدر و همکاران، ۱۹۹۷).

استانهوپ و لانکستر (۲۰۰۰) نشان دادند که افسردگی زنان خیلی بیشتر از مردان است. همچنین نتایج تحقیقات در ۱۰ کشور فرانسه، آمریکا، کانادا، آلمان غربی، ایتالیا، پورتریکو، تایوان، کره، لبنان و نیوزیلند هم حاکی از آن بود که شیوع افسردگی در همه کشورها در زنان بیشتر از مردان می باشد. به عبارت دیگر استعداد ابتلا به افسردگی در زنان دو برابر مردان می باشد (وایزمن و همکاران، ۱۹۹۶).

مادران افسرده قادر به ایفای مسؤلیت های اجتماعی خود نیستند و بیماری این گروه که بخش عظیمی از نیروی فعال جامعه امروزی را تشکیل می دهند، می تواند خسارت آشکار اقتصادی برای خانواده و جامعه به همراه آورد. از طرفی دوره طولانی درمان و عود مجدد بیماری در سال های آینده نیز باعث اختلالات طولانی در نقش خانوادگی و اجتماعی زنان شده و عملکرد آنها را تحت الشعاع قرار می دهد (مارتل، ۱۹۹۰).

روی آوردن روز افزون زنان به اشتغال در خارج از مرزهای خانواده، هم آزادی های نوین و هم قبول مسؤلیت های جدید را ایجاد می کند. از یک سو کار در محیط خارج از خانه سبب می شود که تعاملات اجتماعی فرد بالا رود، آشنایی با نقاط قوت و ضعف خود بیشتر شود، امکان مقایسه ویژگی ها و توانایی های ذهنی و جسمی خود با دیگران در سطح و ردیف خود بدست آورد و فرد با واقع بینی بیشتری نسبت به رفع مشکلات زندگی اقدام نماید و از سوی دیگر شواهدی از فشارهای روانی به چشم می خورد که با پرداختن به کار خارج از خانه همراه است (شهریور، ۱۳۷۴). افسردگی موجب می گردد توانایی مادر در ایفای مسؤلیت هایش تحلیل پیدا کند و حتی ممکن است با واکنش های منفی، موجبات رشد نامتناسب کودک را فراهم سازد (هولدن، ۱۳۹۱).

با توجه به اهمیت و نقش مهمی که افسردگی بر شرایط جسمانی، روانی، اجتماعی و اقتصادی خانواده و جامعه دارد و نظر به اینکه افسردگی نسبت به سایر بیماری های روانی از

قابل علاج ترین بیماری هاست، با دخالت در موقع، تقریباً ۸۰ درصد افسردگی های جدی مهار می گردد (آنتای، ۱۹۹۶)

پژوهشگران دریافته اند زنانی که دچار افسردگی مزمن می شوند، بیشتر در معرض خطر پوکی استخوان قرار می گیرند، زیرا مجبور به مصرف داروهایی هستند که بر بافت استخوانی آنها تأثیری منفی می گذارد. علاوه بر آن، افسردگی می تواند عاملی برای ابتلا به بیماری مزمنی مثل دیابت، ناراحتی های قلبی عروقی و غیره شود. سلدین ریجک و همکاران (۲۰۱۵) تأثیر نسبی افسردگی و اضطراب را در بیماری های قلبی عروقی بررسی کردند. تأثیر افسردگی بر بروز ۶ ساله بیماری های قلبی عروقی بیشتر از اضطراب بود. اختلالات اضطرابی به طور معنی داری خطر بیماری های قلبی عروقی را افزایش ندادند ولی اختلال اضطرابی پانیک یا هراس خطر بیماری های قلبی عروقی را افزایش داد. شدت علائم افسردگی یا اضطراب ریسک خطر بیماری های قلبی عروقی را تعیین نمود. آنها گزارش دادند که استفاده از بنزودیازپین بیشتر ممکن است خطر بیماری های قلبی و عروقی را در بیماران دچار افسردگی یا اضطراب را بالا ببرد.

زارع پور و همکاران (۱۳۹۱) ۲۰۰ نفر از زنان بالای ۲۰ سال شهر یزد (۱۰۰ زن ورزشکار و ۱۰۰ زن غیرورزشکار) را به صورت نمونه گیری تصادفی طبقه ای انتخاب کردند. برای تعیین میزان افسردگی زنان از پرسشنامه افسردگی بک استفاده کردند. یافته ها نشان داد که بین زنان ورزشکار و زنان غیرورزشکار از لحاظ میزان افسردگی تفاوت وجود دارد. میانگین نمره شدت افسردگی زنان ورزشکار کمتر از زنان غیر ورزشکار است. همچنین تفاوت معنی داری بین میزان افسردگی ورزشکاران رشته های گروهی و انفرادی وجود دارد. ورزشکاران زن با سابقه ورزشی بیشتر، میانگین افسردگی کمتری نسبت به دیگر زنان ورزشکار داشتند. آنها نتیجه گرفتند که وجود برنامه ورزشی در زندگی روزمره، می تواند بر کاهش میزان افسردگی زنان مؤثر باشد.

عملکرد جنسی طبیعی بخشی از سلامت جنسی و روانی زن محسوب می شود و سرکوب تکانه های جنسی می تواند مشکلاتی مانند مشکلات عاطفی و مشکلات ارتباطی بین فردی ایجاد کند، که این مسائل می توانند سطوح مختلفی از افسردگی را در فرد ایجاد نمایند. از پیامدهای مهمی که به دنبال اختلالات عملکرد جنسی ایجاد می شود، افسردگی است (طهماسبی و عباسی، ۱۳۹۱).

مقایسه پاسخ به استرس در بیماران مبتلا به اختلالات روانی در مقایسه با افراد با سطوح مختلف از آسیب پذیری به جنون، افراد مبتلا به افسردگی و افراد سالم نشان داد که استرس باعث آسیب پذیری به اختلال های روانی می شود (لینکلن و همکاران، ۲۰۱۵).

سبک زندگی ناسالم و استرس روانشناختی ممکن است التهاب و نشانه های افسردگی پس از آن را بوجود بیاورد. سبک زندگی ناسالم ممکن است ابتلاء به افسردگی بعدی را از طریق التهاب در زنان مسن تر افزایش دهد اما در مردان اینگونه نیست (هیلز و همکاران، ۲۰۱۵).

با وجود رابطه بین افسردگی و فرسودگی شغلی، هر دو می توانند به عنوان پدیده های متمایزی دیده شوند. در پژوهش پلیجر و همکاران (۲۰۱۵) بر روی بیماران بستری افسرده و افراد سالم، استرس زندگی در هر دو گروه ارتباط نزدیک تری با افسردگی داشت تا با فرسودگی شغلی.

وان ریجسبرگن و همکاران (۲۰۱۵) سطوح بالاتری از خلق غمگین را حین بهبودی از افسردگی گزارش دادند که می تواند نشان دهنده زخم عاطفی هیجانی بیماران مبتلا به افسردگی عودکننده باشد. باورهای ناکارآمد و شدت استرس روزانه با خلق غمگین ارتباط داشت اما نه با علائم باقی مانده افسردگی بیشتر و بالاتر. بنابراین، ویژگی های مرتبط با بیماری به ویژه با خلق غمگین پس از بهبودی همراه بود. عاطفه منفی تر پس از بهبودی از افسردگی می تواند ناشی از تحمل استرس کمتر یا شدت استرس بیشتر باشد که می تواند بر عاطفه منفی

تاثیر بگذارد. آنها پیشنهاد نمودن که مطالعات آینده باید غم پیش مرضی را در یک گروه طولی بررسی نماید، و باید مسیر دقیق از استرس، عاطفه و شناخت تا عود افسردگی را مورد مطالعه قرار دهد.

خوش بینی به صورت همزمان با سوگ کمتر طولانی و افسردگی کمتر ارتباط دارد. بوئیلین (۲۰۱۵) گزارش داد که خوش بینی به طور معکوس با وجود افسردگی بعدی، فراتر از شدت افسردگی پایه ارتباط داشت. خوش بینی به عنوان یک پیش بینی کننده آینده نگر سوگ شدید و طولانی مدت دیده نشد.

انعطاف پذیری و حمایت اجتماعی عوامل محافظت کننده افکار خودکشی در میان بیماران روانپزشکی مبتلا به اختلالات افسردگی یا اضطرابی ای هستند که در معرض خطر خودکشی می باشند. انعطاف پذیری خطر علائم افسردگی و اضطرابی را بر افکار و ایده های خودکشی در بیماران مبتلا به افسردگی / یا اختلالات اضطرابی تعدیل و اداره می کند (مین و همکاران، ۲۰۱۵).

تجربه افسردگی بر اساس بافت ها و مکان های اجتماعی گوناگون است برای مثال مسئله تاثیر کامپیوتر بر رفتار انسان، استفاده مشکل ساز از آن و بروز افسردگی. مورنو و همکاران (۲۰۱۵) گزارش دادند که ارتباط مثبتی بین افسردگی و استفاده مشکل ساز از اینترنت در میان دختران دانشجو وجود دارد. علائم و نشانه های اشکال در تمرکز و افکار خودکشی به شدت با استفاده مشکل ساز از اینترنت همراه بود. این یافته از لزوم غربالگری برای هر دو شرایط حمایت می کند. ادسون و همکاران (۲۰۱۵) دریافتند که استفاده از فیس بوک می تواند احساسات حسادت را در افراد آغاز کند. احساسات حسادت علائم افسردگی را پیش بینی کرد. تاثیر استفاده نظارت شده فیس بوک بر افسردگی از طریق احساسات حسادت مداخله می کند. استفاده نظارت شده ارتباط مستقیمی با افسردگی داشت، اما این ارتباط به طور واقعی منفی بود.

افسردگی ریسک خطر برای طیف وسیعی از پیامدهای جانبی از جمله خودکشی، مرگ و میر زودرس، و صدمه به خود را افزایش می دهد، اما ارتباط آن با جرایم خشونت آمیز همچنان نامشخص باقی مانده است. فاضل و همکاران (۲۰۱۵) گزارش دادند که در افراد مبتلا به افسردگی بعد از انطباق با عوامل خانوادگی، اجتماعی جمعیت شناختی و فردی در دو مطالعه طولی ریسک خطر جرم های خشونت آمیز افزایش یافت. آنها پیشنهاد کردند که دستورالعمل های بالینی بایستی ارزیابی ریسک خشونت را در زیرگروه های خاص مبتلا به افسردگی مدنظر قرار دهند.

ایجاد جامعه شناختی بر مردانگی، بیماری کار و خود، یک چارچوب نظری مفیدی را فراهم می کند برای درک اینکه مردان مسن در مقایسه با زنان مسن درباره درد و رنج های هیجانی و عاطفی خود چگونه صحبت می کنند (آپیسوآ- وارانو و همکاران، ۲۰۱۵). نتایج یک پژوهش نشان داد که افسردگی والدین قدیمی تر اروپایی حدود دو برابر شده است. اتخاذ شرایط جدید زندگی بین نسلی می تواند منجر به بهبود مهمی در کیفیت زندگی افراد مسن تر منجر شود (آرندا، ۲۰۱۵).

افسردگی مستمر مادران رفتارهای منفی تر، پیشرفت تحصیلی کمتر و غیبت های فزاینده کودکان در مدرسه را پیش بینی نمود (گلایسینی و همکاران، ۲۰۱۵).

برای استفاده و در دسترس بودن اطلاعات در محیط در افراد با و بدون نشانه هایی از افسردگی دو مکانیسم برای کنترل علی و معلولی وجود دارد. رفتار و زمینه دو مسیر مهم روانشناختی به هم پیوسته برای کنترل درک شده را فراهم می کنند. موقعیت هایی که افراد توانایی کنترل را دارند در مقایسه با موقعیت هایی که غیرقابل کنترل هستند منجر به بروز علائم افسردگی بیشتری می گردد (باپروم و همکاران، ۲۰۱۵).

درمان افسردگی

یکی از متداول ترین درمان ها جهت بیماری افسردگی داروهای ضد افسردگی، روان درمانی و یا ترکیبی از هر دو روش است. هر کدام از این درمان ها می توانند با در نظر گرفتن ماهیت و شدت افسردگی در افراد مختلف به کار گرفته شود و البته تا حدودی رجحان و برتری هر کدام از انواع درمان ها بستگی به فرد دارد. در افسردگی های جزسی و ملایم یکی از این درمان ها و یا هر دو نوع درمان مفید است. در حالی که در افسردگی های شدید و ناتوان کننده معمولاً اولین قدم در درمان تجویز دارو می باشد (دادفر و همکاران، ۱۳۹۳، ۱۳۹۴).

تلویحات درمانی خاصی برای افسردگی زنان وجود دارد و در درمان افسردگی زنان باید موارد زیر را در نظر گرفت:

- آیا افسردگی با نوسان های هورمونی مرتبط با چرخه تولید مثل ارتباط دارد؟
- آیا افسردگی مربوط به دوره قاعدگی یا سندرم پیش از قاعدگی می باشد؟
- آیا افسردگی مربوط به بارداری و مبارزه با مشکلات و نگرانی های مرتبط با تغییرات زیادی است که زنان در بدنشان پیدا کرده اند؟
- آیا افسردگی مربوط به غم پس از زایمان بعد از تولد کودک است؟
- آیا افسردگی مربوط به یائسگی و رویارویی با نوسانات هورمونی و هیجانی است؟
- آیا افسردگی مربوط به تاثیرات جانبی مرتبط با خلق داروی تجویز شده یا هورمون درمانی جایگزین است؟

جنبه های خاص درمان افسردگی زنان اغلب باید اصلاح و تعدیل شوند. به دلیل تفاوت های زیست شناختی در جنس مونث، برای زنان در مقایسه با مردان به طور کلی باید دوزهای پایین تری از داروهای ضد افسردگی شروع شود. زنان همچنین بیشتر احتمال دارد که عوارض جانبی داروهای ضد افسردگی را تجربه کنند، بنابراین هر گونه مصرف دارو باید از

نزدیک تحت نظارت قرار گیرد. در نهایت، زنان نسبت به مردان با احتمال بیشتری نیاز به درمان همزمان برای سایر شرایط مانند اختلالات اضطرابی و اختلالات خوردن دارند.

آدامزیسکی و همکاران (۲۰۱۵) گزارش دادند که بعد از مصرف داروهای ضد افسردگی، امواج مغزی منتج از خواب REM به عنوان یک نشانگر زیستی برای پاسخ به درمان در افسردگی محسوب شد.

فعال سازی لوب پره فرونتال می تواند بهبود عملکرد اجتماعی را پس از درمان اولیه در افسردگی دیررس پیش بینی نماید (پو و همکاران، ۲۰۱۵). شواهد عصبی ای وجود دارند که آگاهی هشیار نسبت به خطاها و اشتباهات، افسردگی پس از آسیب تروماتیک مغز را کاهش می دهند (بایلی و همکاران، ۲۰۱۵).

متخصصین بالینی باید توجه خاصی به بیماران افسرده ای بکنند که دارو مصرف نمی کنند یا اضطراب همبود ندارند، به ویژه در اوایل روان درمانی که ترک درمان با احتمال زیاد اتفاق می افتد (لوپز و همکاران، ۲۰۱۵).

ترکیب پلی مورفیسم ژنتیکی و پارامترهای بالینی بر پیامد افسردگی مقاوم به درمان موثر است (کاتزسکی و همکاران، ۲۰۱۵).

درمان با الکتروشوک نشانه های بالینی افسردگی مقاوم به درمان را بدون تغییر سطح سرمی BDNF بهبود می بخشد (راپینسی و همکاران، ۲۰۱۵). پاسخ های مختلف به شوک الکتریکی به علل مختلف افسردگی بستگی دارند. علل افسردگی در پاسخ های متفاوت افراد به درمان با داروهای ضد افسردگی نقش دارند. پاسخ های رفتاری و مولکولی برای شوک الکتریکی بین مدل های حیوانی افسردگی ژنتیکی و محیطی متفاوت هستند (لوو و همکاران، ۲۰۱۵). با توجه به نقش عامل نوروتروفیک مشتق شده مسیر سلولی گلیال (GDNF)، لازم است مطالعاتی در آینده صورت گیرد برای بررسی اینکه آیا درمان با داروهای ضد افسردگی موثر با افزایش سطح سرمی GDNF همراه است یا نه (لین و تسینگ، ۲۰۱۵). با توجه به اینکه

افسردگی با افزایش استرس اکسیداتیو همراه است، برای ارائه شواهدی بر روی استرس اکسیداتیو در افسردگی و بررسی تاثیر بالقوه درمانی لازم است مطالعات در مقیاس بزرگتری انجام گیرد (بلاک و همکاران، ۲۰۱۵).

در درمان افسردگی باید به اختلال های همبود به ویژه اختلال های روانپزشکی همبود توجه نمود (افتخار اردبیلی، دادفر و کریمی کیسمی، ۱۳۸۳). درد و افسردگی به طور شایعی توأم با یکدیگر اتفاق می افتند. دردهای مختلف می توانند موجب افسردگی شوند (پان و همکاران، ۲۰۱۵). گیریز و همکاران (۲۰۱۵) تا حد زیادی همزمانی و همگامی تغییر بین افسردگی، اضطراب و درد را تایید کردند. بیماران حتی پس از بهبودی از افسردگی و اضطراب، میزان های درد بالاتری را گزارش دادند. به نظر می رسد که بیماران دارای سابقه اضطراب و افسردگی، در معرض خطر درد مزمن قرار دارند. اختلال های شخصیت گروه B با اختلال های خلقی همبودی دارند. اختلال شخصیت مرزی برای ریسک خودکشی در بیماران روانی مبتلا به اختلال دوقطبی، اختلال افسردگی اساسی و اسکیزوافکتیو نقش دارد (زینگ و همکاران، ۲۰۱۵). نتایج یک پژوهش نشان داد که بین افسردگی آتیپیک، اختلال اضطراب اجتماعی و اختلالات دوقطبی ارتباط وجود دارد. وجود افسردگی آتیپیک با علایم شدیدتر و اختلال بیشتر در عملکرد بیماران مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی است (کونسو و همکاران، ۲۰۱۵). بریچان و کیالم (۲۰۱۵) گزارش دادند که نارضایتی از بدن بر رفتار اختلال خوردن زنان بواسطه اعتماد به نفس و افسردگی تبیین می شود. بر این اساس درمان اختلال خوردن در زنان ممکن است با تمرکز بیشتر بر روی عزت نفس و افسردگی مفید واقع شود تا تمرکز بر نارضایتی از بدن. لذا تمرکز اولیه بر عزت نفس و افسردگی ممکن است در درمان اختلال خوردن زنان ضروری باشد. بیماران دچار سوگ پیچیده/ یا افسردگی اساسی از بیماران مبتلا به اختلال اضطراب جدایی بزرگسالان قابل تفکیک هستند (گارماسی و همکاران، ۲۰۱۵).

بیکیز و همکاران (۲۰۱۵) گزارش دادند که استرس مزمن، پیامد ضعیفی را برای بهبود افسردگی بوجود می آورد و ویژگی های ناکارآمد کمال گرایی در این رابطه نقش دارند. لذا مورد هدف قرار دادن ویژگی های ناکارآمد کمال گرایی مانند ارزش مشروط خود، مقابله و عملکرد بین فردی که حس مزمن ناامیدی را در زمینه استرس مزمن تداوم می بخشند، در جهت تولید پاسخ به درمان بهتر بیماران افسرده سرپایی دارای اهمیت زیادی است.

انواع اشتغالات ذهنی ترسناک از طریق عزت نفس، علائم افسردگی پس از زایمان را تحت تاثیر قرار می دهند. در پژوهش لی و کو (۲۰۱۵) اثر واسطه ای عزت نفس از طریق کارآمدی والد مادری تعدیل شد. آنها نتیجه گرفتند که افسردگی مادران از مداخله معطوف به کارآمدی والد مادری سود می برد.

کارآمدی ترکیبی و کارآزمایی تصادفی فعال سازی رفتاری برای درمان افسردگی گزارش شده است (کانتز و همکاران، ۲۰۱۵). علایی و همکاران (۱۳۹۳) گزارش دادند که درمان شناختی رفتاری گروهی بر بهبود افسردگی و کاهش مشکلات روان شناختی زنان نابارور مؤثر است. در درمان ترکیبی دارو می تواند به سرعت علائم جسمی مربوط به بیماری افسردگی را از بین ببرد، در حالی که روان درمانی به فرد می آموزد که چگونه با استفاده از طرق موثر به حل مشکلات بپردازد. اخیراً در یک کارآزمایی بالینی کنترل شده تصادفی، اثربخشی بالینی و منفعت هزینه ای درمان شناختی رفتاری ارائه شده با اینترنت یا (ICBT) Therapist- Guided Internet-Delivered Cognitive Behavior Therapy که درمانگر هدایتی می باشد بر کاهش علائم افسردگی سالمندان گزارش شده است (تیتوو و همکاران، ۲۰۱۵).

مولفه های فرهنگی برای توضیح و تبیین علائم روانپزشکی نقش اصلی بازی می کنند و می توانند درمان را هدایت کنند. با افزایش جمعیت مهاجران به ایالات متحده آمریکا که بسیاری از آنها برای وجود بیماری روانی نیاز به درمان دارند، ضروری است که متخصصین

بالینی به هنگام درمان این بیماران، از ادغام دیدگاه‌های فرهنگی آنها در فرایند درمان آگاه و باخبر باشند. روی و همکاران (۲۰۱۵) با استفاده از یک رویکرد زیستی فرهنگی اجتماعی در درمان یک بیمار مهاجر افسرده پس از آسیب تروماتیک مغز از جنوب آسیا، نشان دادند که ارزش‌های فرهنگی جنوب آسیا چگونه می‌تواند در ایجاد علائم روانپزشکی نقش داشته باشد و این علائم را برانگیزاند، در حالی که به طور همزمان وسایل حفاظتی برای نتایج درمان را فراهم می‌سازد.

با توجه به تاثیر نامطلوب تجربه‌های تبعیض آمیز جنسیتی بر سلامت روان و افسردگی زنان، لازم است ضمن آگاه کردن زنان از میزان شیوع این رویدادها در زندگی آنها، آموزش‌هایی در سطح گسترده و درازمدت برای کاهش تصورات قالبی آسیب رسان ارائه شود. همچنین در حیطه بهداشت روانی بایستی اقداماتی در جهت به کارگیری روش‌های مقابله‌ای کارآمد توسط زنان و در نتیجه کاهش یافتن این تجربه‌های تبعیض آمیز جنسیتی صورت گیرد.

اقدامات خودیاری برای افسردگی زنان

شما با تغییرات ساده در شیوه زندگی خود می‌توانید شکاف بزرگی را در افسردگی خود ایجاد کنید: ورزش کردن در هر روز، اجتناب از نیاز به انزوا و گوشه گیری، خوردن مواد غذایی سالم به جای غذاهای هله هوله که به آنها تمایل دارید، و اختصاص وقت برای استراحت، تمدد اعصاب و آرامسازی.

پیدا کردن احساس بهتر طول می‌کشد، اما شما اگر هر روز انتخاب‌های مثبتی برای خودتان بوجود بیاورید و روی کمک دیگران حساب کنید، می‌توانید این احساس بهتر را بدست بیاورید.

- خودتان را هر روز در معرض نور خورشید قرار دهید. نور خورشید می تواند به تقویت خلق شما کمک کند. در فضای باز پیاده روی کوتاهی کنید، چای یا قهوه خود را بیرون از اتاق یا منزل بنوشید، از غذا خوردن خارج از منزل لذت ببرید، افرادی که روی نیمکت پارک نشسته اند را تماشا کنید یا در باغ بنشینید. خود را هر روز حداقل ۱۵ دقیقه در معرض نور خورشید قرار دهید. اگر جایی زندگی می کنید که آفتاب و نور خورشید زمستانی در آنجا کم است، سعی کنید از جعبه نور درمانی استفاده کنید.

- در باره احساسات خود با شخصی که به او اعتماد دارید، رو در رو و چهره به چهره صحبت کنید. آنچه را که احساس می کنید با اشخاصی که دوست دارید و به آنها اعتماد دارید، در میان بگذارید. کمک و حمایتی را که نیاز دارید درخواست کنید. ممکن است از ارزشمندترین روابط خود عقب نشینی کرده باشید، اما در این زمان سخت می توانید آنها را دوباره بدست بیاورید. اگر احساس می کنید که کسی را ندارید که به او اعتماد کنید، به روابط دوستانه جدید بنگرید. پیوستن به یک گروه حمایتی برای افسردگی را آغاز کنید.

- سعی کنید فعالیت های اجتماعی انجام دهید حتی اگر احساس کنید که دوست ندارید آنها را انجام دهید. وقتی که افسرده هستید، انزوا و گوشه گیری به شما احساس راحتی بیشتری را می دهد، اما بودن با دیگران باعث می شود که شما کمتر احساس افسردگی کنید.

- از جای خود بلند شوید و حرکت کنید. مطالعات نشان می دهند که ورزش منظم می تواند به اندازه داروی ضد افسردگی در افزایش سطوح انرژی و کاهش احساس های خستگی موثر باشد. لازم نیست به ورزشگاه بروید. پیاده روی روزانه ۳۰ دقیقه ای نیرو و تقویت بسیار مورد نیاز شما را به شما خواهد داد.

- در برنامه زندگی خود هشت ساعت خواب را منظور کنید. افسردگی معمولاً شامل مشکلات خواب می باشد. اینکه بیشتر از حد معمول یا کمتر از حد معمول بخوابید شما را دچار

مشکل خلقی خواهد کرد. از طریق یادگیری عادات خواب سالم، روی یک برنامه ریزی خواب بهتر کار کنید.

- تکنیک‌های آرامسازی را تمرین کنید. تمرین روزانه آرامسازی می‌تواند برای کاهش علائم افسردگی به شما کمک کند، استرس شما را کاهش دهد، و احساس لذت، شادی و بهزیستی را در شما تقویت کند و افزایش دهد. سعی کنید یوگا، تنفس عمیق، آرامسازی پیشرونده عضلانی یا مراقبه انجام دهید.

تقویت کننده‌ها و بالابرنده‌های سریع خلق

غم و اندوه می‌تواند برای هر کسی اتفاق بیفتند، اما به این معنا نیست که یک بیماری مزمن طبی مانند افسردگی دارید. انجام یک کار کوچک ممکن است به شما کمک کند تا دوباره خودتان را احساس و پیدا کنید. دکتر میشل کرایگ میلر، پروفیسور روانپزشکی دانشکده پزشکی هاروارد می‌گوید "اگر مسئله‌ای خلق شما را پایین آورده است، برای مدتی از آن دور شوید و کار دیگری انجام دهید." چهار تقویت کننده سریع خلق وجود دارند که می‌توانند شما را از وضعیت کج خلق و عبوس بودن بیورند. این تقویت کننده‌ها را مد نظر قرار دهید، و گام‌های مناسب و شایسته‌ای را در زندگی‌تان بردارید (نامه بهداشت هاروارد، دانشکده پزشکی هاروارد، ۲۰۱۵).

تقویت کننده و بالابرنده خلق ۱: ورزش کنید.

ورزش سالم یک کاهش دهنده سطح سلولی است. گردش خون و عملکرد عصب را بهبود می‌بخشد، به تنظیم خلق کمک می‌کند و باعث می‌شود تا احساس بهتری در مورد خودتان پیدا کنید.

گام‌های عملی. برای ایجاد احساس انرژی و شادمانی بیشتر سعی کنید تمرینی با شدت متوسط تا بالا انجام دهید مانند یک پیاده روی تند و سریع ۳۰ دقیقه‌ای، یک کلاس ایروبیک،

یا یک بازی تنیس. برای اینکه اثر درمانی آن روی شما پایدار بماند فعالیت های روزانه ای را که می توانید تداوم داشته باشند، انجام دهید مانند یک پیاده روی روزانه با شدت کمتر.

تقویت کننده و بالابرنده خلق ۲: مراقبه انجام دهید.

مراقبه تغییرات مغزی ای بوجود می آورد که هیجان های مثبت را افزایش و هیجان های منفی مانند ترس و خشم را کاهش می دهد. مراقبه می تواند ضربان قلب، فشار خون، میزان تنفس، مصرف اکسیژن، سطوح آدرنالین و سطوح کورتیزول، هورمونی که در واکنش به استرس آزاد می شود، را کاهش دهد.

گام های عملی. بسیاری از مراکز بهداشتی کلاس های مراقبه را برگزار می کنند. در یک کلاس ثبت نام کنید یا انجام یوگا را مدنظر قرار دهید که ترکیبی از تمرین های جسمی و روانی می باشد. اگر رفتن به این کلاس ها برای شما سخت است، یک کتاب یا سی دی هدایتگر روش مراقبه را خریداری کنید که می توانند تمرین مراقبه را به شما معرفی کنند و آموزش دهند.

تقویت کننده و بالابرنده خلق ۳: معاشرت کنید.

منزوی و گوشه گیر بودن می تواند منجر به تنهایی شوند، که بنوبه می توانند شما را غمگین کنند. وقت گذرانی با سایرین به بهبود خلق شما کمک می کنند. ما موجودات اجتماعی هستیم. تمرکز بر روی دیگران می تواند اشتغال ذهنی با افکار خود شکننده را از شما دور سازند.

گام های عملی. از انزوا و گوشه گیری اجتناب کنید. حداقل یک بار در ماه با یک دوست، یک عضو خانواده، یا یک گروه با هم باشید. از خانه بیرون بروید، برای دیدن یک فیلم به سینما بروید، یا یک اثر نمایش هنری را نقد و بررسی کنید. اگر کسی را ندارید که با او وقت بگذرانید، به اماکن مذهبی مانند مسجد یا یک کلاس بروید.

تقویت کننده و بالابرنده خلق ۴: هدف پیدا کنید.

اختصاص دادن زمان برای انجام یک فعالیت مهم خلق را بهبود می دهد، استرس را کم می کند، و شما را از نظر روانی تیز و هشیار نگه می دارد. فعالیت می تواند بسادگی انجام یک سرگرمی جدید یا زمان داوطلبانه باشد. وقتی روی یک موضوع مورد علاقه به طور جدی تمرکز می کنید، درباره هر چیزی کمتر نگران می شوید یا درد و رنج کمتری را در زندگی خود احساس می کنید.

گام های عملی. داوطلب کار در یک کتابخانه، بیمارستان، مدرسه، دانشکده، مرکز مراقبت روزانه، یا گروه های خیریه شوید. معلم بچه های محله و همسایه بشوید. بچه داری کنید، با مربی بازرگانی، جهت کسب و کار با افراد جوان تماس برقرار کنید. باغبانی کنید، نقاشی بکشید، برقصید، یا غذاهای لذیذ بپزید.

اطلاعات عمومی درباره افسردگی در زنان

افسردگی در زنان: درک شکاف جنسیتی. عوامل زیست شناختی، روانشناختی و فرهنگی منحصر به فردی که ممکن است خطر ابتلاء یک زن به اختلال افسردگی را افزایش دهد، کاوش کنید (کلینیک عمومی مایو، ۲۰۱۵).

اختلالات خلقی و چرخه تولید مثل. بررسی کنید سطوح متغیر هورمون های تولید مثل زنانه در چرخه زندگی چگونه می توانند بر افسردگی تأثیر بگذارند. این بررسی باید اطلاعاتی در مورد استروژن، اختلال تیروئید، و اثر قرص های ضد بارداری را در برگیرد (مکان سالم، ۲۰۱۵).

بیشتر زنان از افسردگی رنج می برند. به دلایلی که در سراسر جهان، زنان را نسبت به مردان، بیشتر مستعد ابتلا به افسردگی می سازد، توجه کنید (روانشناسی امروز، ۲۰۱۵).

بارداری و افسردگی

داروهای ضد افسردگی: آیا داروهای ضد افسردگی در دوران بارداری بی خطر هستند؟
خطرات ناشی از مصرف داروهای ضد افسردگی در دوران بارداری کشف نشده‌اند. آموزش
ببینید که کدامیک از داروهای ضد افسردگی بی خطر تر از سایر داروها هستند و اینکه اگر
مصرف داروی خود را در دوران بارداری متوقف کنید، چه اتفاقی می‌افتد (کلینیک عمومی
مایو، ۲۰۱۵).

اختلالات روانپزشکی در دوران بارداری. خطرات مرتبط با مصرف داروهای ضد
افسردگی و سایر داروهای روانپزشکی در دوران بارداری را مورد توجه قرار دهید (بیمارستان
عمومی ماساچوست، مرکز بهداشت زنان، ۲۰۱۵).

افسردگی در دوران بارداری: توصیه‌های درمانی. توصیه‌های درمانی فعلی برای افسردگی
را در دوران بارداری کاوش کنید (کنگره آمریکا، متخصصان زنان و زایمان، ۲۰۱۵).

اختلال ملال پیش از قاعدگی و افسردگی پیش از یائسگی

سندرم پیش از قاعدگی و اختلال ملال پیش از قاعدگی. در مورد تغییرات خلقی پیش از
قاعدگی از جمله علائم و درمان اختلال ملال پیش از قاعدگی آموزش ببینید (بیمارستان
عمومی ماساچوست، مرکز بهداشت زنان، ۲۰۱۵).

اختلالات خلقی مربوط به قاعدگی. راهنمای اختلالات خلقی و علائم مربوط به افسردگی
همراه با چرخه قاعدگی را مطالعه کنید (دانشکده پزشکی UNC، مرکز اختلالات خلقی زنان،
۲۰۱۵).

افسردگی در طول انتقال به دوره یائسگی. راهنما برای بیماران و خانواده‌ها - علائم و
درمان افسردگی پیش یائسگی را کاوش کنید (آکادمی پزشکان خانوادگی آمریکا، ۲۰۱۵).

افسردگی زنان: جنبه های زیستی و روانشناختی / ۵۱

تشخیص و درمان اختلال ملال پیش از قاعدگی. در مورد انتخاب های درمانی از جمله درمان، داروها، تغییرات در سبک زندگی، درمان های گیاهی، و مکمل های غذایی آموزش ببینید (آکادمی پزشکان خانوادگی آمریکا، ۲۰۱۵).

منابع

- افتخار اردبیلی، مهرداد، دادفر، محبوبه، کریمی کیسمی، عیسی (۱۳۸۳). همبودی اختلال‌های روانپزشکی در مراجعه کنندگان یک درمانگاه روانپزشکی. فصلنامه اندیشه و رفتار، سال دهم، شماره ۱ و ۲، ۲۱-۱۱.
- افسردگی، موضوعی که همه زنان باید بدانند کتابچه شماره ۳. تهران، موسسه تحقیقات، بازتوانی و بهبود زندگی زنان.
- خمسه، اکرم (۱۳۸۳). بررسی طرحواره های نقش جنسیتی و کلیشه های فرهنگی در دانشجویان دختر. مطالعات زنان، سال دوم، شماره ۶
- خمسه، اکرم (۱۳۹۲). بررسی میزان اضطراب و افسردگی در میان زنان شاغل و خانه دار. پژوهشکده زنان
- دادفر، فرشته، دادفر، محبوبه کولیوند، پیرحسین (۱۳۹۳). افسردگی مردان: جنبه‌های زیستی و روانشناختی. تهران: انتشارات میرماه.
- دادفر، فرشته، دادفر، محبوبه، عشایری، حسن، عاطف وحید، محمد کاظم، کاظمی، هادی، کولیوند، پیرحسین (۱۳۹۳). دمانس آلزایمر: جنبه‌های زیستی و عصب روانشناختی. تهران: انتشارات میرماه.
- دادفر، فرشته، کاظمی، هادی (۱۳۹۴). آناتومی و فیزیولوژی لوب اینسولا. تهران: انتشارات میرماه.
- دادفر، فرشته، کاظمی، هادی (۱۳۹۴). شکل پذیری سیناپسی. تهران: انتشارات میرماه.
- دادفر، محبوبه (۱۳۷۶). روان درمانی مذهبی در درمان بیماران مضطرب و افسرده. مقاله منتشر نشده موجود در دفتر مطالعات اسلامی در بهداشت روانی. دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان، انستیتو روانپزشکی تهران.

افسردگی زنان: جنبه های زیستی و روانشناختی / ۵۳

دادفر، محبوبه، اصغر نژاد فرید، علی اصغر، پیرمادی، محمدرضا، عبادی زارع، سعید، کولیوند، پیر حسین (۱۳۹۴). گروه درمانی. تهران: انتشارات میرماه.

دادفر، محبوبه، افتخار اردبیلی، مهرداد (۱۳۸۰). ابعاد روانشناختی ناباروری. مقاله ارائه شده در سمپوزیوم جنبه های روانشناختی ناباروری، دانشگاه تهران، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی و پژوهشکده ابن سینا جهاد دانشگاهی، ۲۷ اردیبهشت ماه. در متن افتخار

دادفر، محبوبه، بیرشک، بهروز، دادفر، فرشته (۱۳۹۰). افسردگی نوجوانان: راهنمای عملی برای نوجوانان و والدین. تهران: انتشارات رویان پژوه.

دادفر، محبوبه، دادفر، فرشته (۱۳۸۸ الف). بررسی مقایسه ای استرس زنان نابارور و بارور. مقاله ارائه شده اولین کنگره نقش زن در سلامت خانواده و جامعه، تهران، دانشگاه الزهراء، ۲۳-۲۵ اردیبهشت ماه.

دادفر، محبوبه، دادفر، فرشته (۱۳۸۸ ب). بررسی مقایسه ای سلامت روانی زوج های نابارور و بارور. مقاله ارائه شده در اولین کنگره کشوری حفظ باروری و پانزدهمین کنگره سالیانه تازه های باروری و ناباروری پژوهشکده جهاد دانشگاهی ابن سینا، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ۲۳-۲۴ دی ماه.

دادفر، محبوبه، دادفر، فرشته، بیرشک، بهروز، سلطانی، خدیجه (۱۳۸۹). داروهای ضد افسردگی در درمان افسردگی نوجوانان: عوارض جانبی و تداخلات دارویی مقاله ارائه شده در اولین کنگره تداخلات دارویی در بیماری های اعصاب و روان جانبازان، تهران مرکز تحقیقات بیمارستان خاتم النبیا. ۱۱-۱۲ اسفند ماه.

دادفر، محبوبه، صابری زفرقندی، محمدباقر، کاظمی، هادی، کولیوند، پیرحسین (۱۳۹۳). رویکردهای روانشناختی در درمان اعتیاد. تهران: انتشارات میرماه.

دادفر، محبوبه، عاطف وحید، محمد کاظم، اصغر نژاد فرید، علی اصغر، کولیوند، پیرحسین (۱۳۹۳). روانشناسی جامعه نگر. تهران: انتشارات میرماه.

- دادفر، محبوبه، عاطف وحید، محمد کاظم، کاظمی، هادی (۱۳۹۴). پیشگیری از افسردگی کودکان: راهنمای عملی برای والدین. تهران: انتشارات میرماه.
- دادفر، محبوبه، عاطف وحید، محمد کاظم، کاظمی، هادی، کولیوند، پیرحسین (۱۳۹۳). شاخص های تشخیصی آزمون های روانشناسی. تهران: انتشارات میرماه.
- دادفر، محبوبه، عاطف وحید، محمد کاظم، کاظمی، هادی، کولیوند، پیرحسین (۱۳۹۳). درمان شناختی تحلیلی. تهران: انتشارات میرماه.
- دادفر، محبوبه، غرابی، بنفشه، نوری قاسم آبادی، ربابه، کولیوند، پیرحسین (۱۳۹۳). درمان فراشناختی (MCT) اختلال وسواسی جبری: به انضمام راهنمای عملی درمان فراشناختی (MCT) برای بیماران. تهران: انتشارات میرماه.
- دادفر، محبوبه، کاظمی، هادی، کاظم زاده عطوفی، مهرداد، کولیوند، پیرحسین (۱۳۹۳). جنبه های روانشناختی ناباروری. تهران: انتشارات میرماه.
- دادفر، محبوبه، کولیوند، پیرحسین، اصغر نژاد فرید، علی اصغر (۱۳۹۳). بهداشت روانی مهاجران و پناهندگان. تهران: انتشارات میرماه.
- دادفر، محبوبه، کولیوند، پیرحسین، اصغر نژاد فرید، علی اصغر، عبادی زارع، سعید (۱۳۹۳). حمایت های روانی اجتماعی در بلایا (برای بزرگسالان). تهران: انتشارات میرماه.
- دادفر، محبوبه، کولیوند، پیرحسین، اصغر نژاد فرید، علی اصغر (۱۳۹۳). حمایت های روانی اجتماعی در بلایا (برای امدادگران). تهران: انتشارات میرماه.
- دادفر، محبوبه، نصر اصفهانی، مهدی، عاطف وحید، محمد کاظم، کولیوند، پیرحسین (۱۳۹۴). مراقبت های روانشناسی برای بیماران مبتلا به سرطان. تهران: انتشارات میرماه.
- راشکی، حسن، کاظمی، هادی، کولیوند، پیرحسین (۱۳۹۲). سنجش سلامت (چکاپ). تهران: انتشارات رویان پژوه.

افسردگی زنان: جنبه های زیستی و روانشناختی / ۵۵

رشیدی، فریبا (۱۳۸۰). بررسی میزان افسردگی زنان شاغل در دانشگاه علوم پزشکی و آموزش و پرورش زنجان مجله تحقیقات پرستاری و مامایی، ۱۵.

زارع پور، فاطمه، کمالی، محمود، علاقند، مریم، قیصری، مهدی، سرلک، شهناز (۱۳۹۱). بررسی میزان افسردگی و رابطه آن با ورزش در زنان بالای ۲۰ سال. مجله دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد. دوره ۲۰، شماره ۱، ۶۴-۷۲.

شهریور، زهرا، بررسی شیوع افسردگی در بانوان شاغل و غیر شاغل در تهران، پایان نامه روانپزشکی تخصصی دانشگاه علوم پزشکی ایران: ۱۳۷۴.

طلائی، علی، کیمیایی، سید علی، برهانی مغانی، مهدیه، محوری، فاطمه، طلائی، اندیشه، خانقائی، راشین (۱۳۹۳). بررسی تأثیر درمان شناختی- رفتاری گروهی بر افسردگی زنان نابارور. مجله مامایی و نازایی زنان ایران، ۱۷، ۹۴، ۹-۱.

طهماسبی، حمیرا، عباسی، علی (۱۳۹۱). بررسی عملکرد جنسی و ارتباط آن با افسردگی در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهرستان ساری. نسیم تندرستی، ۱، ۳، ۴۴-۴۰.

کولیوند، پیر حسین، دادفر، طیب، دادفر، محبوبه، کاظمی، هادی (۱۳۹۳). خودکارآمدی. تهران: انتشارات میرماه.

نصر، نصرالله، کولیوند، پیر حسین، کاظمی، هادی (۱۳۹۲). فناوری اطلاعات در سلامت. تهران: انتشارات میرماه.

یعقوبی هاشجین، فاطمه، الهی، طاهره (۱۳۹۲). تأثیر تبعیض جنسیتی ادراک شده بر سلامت روان زنان. فصلنامه مطالعات اجتماعی روان شناختی زنان (مطالعات زنان سابق) - دانشگاه الزهراء(س)، سال ۱۱، شماره ۳، ۲۶-۷.

Adamczyk, M., Gazea, M., Wollweber, B., Holsboer, F., Dresler, M., Steiger, A., & Pawlowski, M. (2015). Cordance derived from REM sleep EEG as a biomarker for treatment response in depression – a naturalistic study after antidepressant medication. *J Psychiatr Res*, 63, 97-104.

- American Academy of Family Physicians (AAFP). (2015). Depression during the transition to menopause: A guide for patients and families.
- American Academy of Family Physicians (AAFP). (2015). Diagnosis and treatment of premenstrual dysphoric disorder.
- American Congress of Obstetricians and Gynecologists. (2015). Depression during pregnancy: Treatment recommendations.
- Antai, D. (1996). Biological and behavioral concepts *Psychiatric Nursing*, 49.
- Apesoa-Varano, E. C., Barkerb, J. C., & Hinton, L. (2015). Shards of sorrow: Older men's accounts of their depression experience *Social Science & Medicine*, 124, 1–8.
- Aranda, L. (2015). Doubling Up: A gift or a shame? Intergenerational households and parental depression of older Europeans, *Social Science & Medicine*, 03.056.
- Bailey, N. W., Hoy, K. E., Maller, J. J., Upton, D. J., Segrave, R. A., Fitzgibbon, B. M., & Fitzgerald, P. B. (2015). Neural evidence that conscious awareness of errors is reduced in depression following a traumatic brain injury. *Biol Psychol*, 106, 1-10.
- Barry, T. J., Murray, L., Fearon, R. M., Moutsiana, C., Cooper, P., Goodyer, I. M., Herbert, J., & Halligan, S. L. (2015). Maternal postnatal depression predicts altered offspring biological stress reactivity in adulthood. *Psychoneuroendocrinology*, 52, 251-260.
- Bassi, S., Seney, M. L., Argibay, P., & Sibille, E. (2015). Elevated Hippocampal Cholinergic Neurostimulating Peptide precursor protein (HCNP-pp) mRNA in the amygdala in major depression. *J Psychiatr Res*, 63, 105-116.
- Békés, V., Dunkley, D. M., Taylor, G., Zuroff, D. C., Lewkowski, M., Elizabeth Foley, J., Myhr, G., & Westreich, R. (2015). Chronic stress and attenuated improvement in depression over 1 Year: The moderating role of perfectionism. *Behav Ther*, 46, 4, 478-492.
- Black, C. N., Bot, M., Scheffer, P. G., Cuijpers, P., & Penninx, B. W. (2015). Is depression associated with increased oxidative stress? A systematic review and meta-analysis. *Psychoneuroendocrinology*, 51, 164-175.
- Boelen, P. A. (2015). Optimism in prolonged grief and depression following loss: A three-wave longitudinal study. *Psychiatry Research*, 227, 2-3, 313–317.
- Brechan, I., Kvaalem, I. L. (2015). Relationship between body dissatisfaction and disordered eating: Mediating role of self-esteem and depression. *Eating Behavior*, 7, 49-58.
- Byrom, NC, Msetfi, RM, & Murphy, RA. (2015). Two pathways to causal control: Use and availability of information in the environment in people with and without signs of depression. *Acta Psychol (Amst)*, 157, 1-12.

- Carmassi, C., Gesi, C., Corsi, M., Pergentini, I., Cremone, I. M., Conversano, C., Perugi, G., Shear, M. K., & Dell'Osso, L. (2015). Adult separation anxiety differentiates patients with complicated grief and/or major depression and is related to lifetime mood spectrum symptoms. *Compr Psychiatry*, 58, 45-49.
- Chaiton, M., Cohen, J.E., Rehm, J., Abdulle, M. & O'Loughlin, J (2015). Confounders or intermediate variables? Testing mechanisms for the relationship between depression and smoking in a longitudinal cohort study. *Addict Behav*, 42, 154-161
- Claessens, A., Engel, M., & Curran, F. C. (2015). The effects of maternal depression on child outcomes during the first years of formal schooling. *Early Childhood Research Quarterly*, 32, 3rd Quarter, 80-93.
- Du, X., Luo, W., Shen, Y., Wei, D., Xie, P., Zhang, J., Zhang, Q., & Qiu, J. (2015). Brain structure associated with automatic thoughts predicted depression symptoms in healthy individuals *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 232, 3, 257-263.
- Edson, C., Tandoc, J. R., Ferrucci, P., & Duffy, M. (2015). Facebook use, envy, and depression among college students: Is facebooking depressing? *Computers in Human Behavior*, 43, 139-146.
- Fazel, S., Wolf, A., Chang, Z., Larsson, H., Goodwin, G. M., & Lichtenstein, P. (2015). Depression and violence: a Swedish population study, *The Lancet Psychiatry*, 2, 3, 224-232.
- Gerrits, M. M., van Marwijk, H. W., van Oppen, P., van der Horst, H., & Penninx, B. W. (2015). Longitudinal association between pain, and depression and anxiety over four years. *J Psychosom Res*, 78, 1, 64-70.
- Gomez, R., & McLaren, S. (2015). The Center for Epidemiological Studies Depression Scale: Measurement and structural invariance across ratings of older adult men and women. *Personality and Individual Differences*, 75, 130-134.
- Gross, M., Sheinin, A., Nesher, E., Tikhonov, T., Baranes, D., Pinhasov, A., & Michalevski, I. (2015). Early onset of cognitive impairment is associated with altered synaptic plasticity and enhanced hippocampal GluA1 expression in a mouse model of depression. *Neurobiol Aging*, 36, 5, 1938-1952.
- Harvard health letter. (2015). 4 fast mood boosters that can lift you out of a funk. A special health report. Harvard Health Publications.
- Harvard health letter. (2015). Premenstrual dysphoric disorder and perimenopausal depression. Harvard Health Publications.
- Healthy Place. (2015). Mood disorders and the reproductive cycle.
- Hiles, S. A., Baker, A. L., de Malmanche, T., McEvoy, M., Boyle, M., & Attia, J. (2015). Unhealthy lifestyle may increase later depression via inflammation in older women but not men. *J Psychiatr Res*, 63, 65-74.

- Holden, J. M., (1991). Postnatal depression, it is nature, effects, and identification using the Edinburgh postnatal depression scale, *British*, 18: 4 .211.
- Kanter, J. W., Santiago-Rivera, A. L., Santos, M. M., Nagy, G., Lopez, M., Dieguez Hurtado, G., & West, P. (2015). A randomized hybrid efficacy and effectiveness trial of behavioral activation for Latinos with depression. *Behavior Therapy*, 46, 2, 177-192.
- Kautzky, A., Baldinger, P., Souery, D., Montgomery, S., Mendlewicz, J., Zohar, J., Serrettig, A., Lanzenberger, R., & Kasper, S. (2015). The combined effect of genetic polymorphisms and clinical parameters on treatment outcome in treatment-resistant depression. *European Neuropsychopharmacology*, 25, 4, 441–453.
- Kiely, K. M., & Butterworth, P. (2015). Validation of four measures of mental health against depression and generalized anxiety in a community based sample. *Psychiatry Research*, 225, 3, 291–298.
- Kirkan, T, S., Aydin, N., Yazici, E., Aslan, P. A., Acemoglu, H., Ali Gokhan Daloglu, A. G. (2015). The depression in women in pregnancy and postpartum period: A follow-up study. *International Journal of Social Psychiatry*, 61, 4, 343-349.
- Koyuncu, A., Ertekin, E., Ertekin, B. A., Binbay, Z., Yuksel, C., Deveci, E., & Tukel, R. (2015). Relationship between atypical depression and social anxiety disorder. *Psychiatry Research*, 225, 1–2, 79–84.
- Lee, J. C., & Koo, H. J. (2015). The relationship between adult attachment and depression in Korean mothers during the first 2 years postpartum: A moderated mediation model of self-esteem and maternal efficacy. *Personality and Individual Differences*, 79, 50–56.
- LeMoult, J., Chen, M. C., Foland-Ross, L. C., Burley, H. W., & Gotlib, I. H. (2015). Concordance of mother–daughter diurnal cortisol production: Understanding the intergenerational transmission of risk for depression. *Biol Psychol*, 108, 98-104.
- Lin, P. Y., & Tseng, P. T. (2015). Decreased glial cell line-derived neurotrophic factor levels in patients with depression: A meta-analytic study. See comment in PubMed Commons below *J Psychiatr Res*, 63, 20-27.
- Lincoln, TM, Köther, U, Hartmann, M, Kempkensteffen, J, & Moritz, S. (2015). Responses to stress in patients with psychotic disorders compared to persons with varying levels of vulnerability to psychosis, persons with depression and healthy controls. *J Behav Ther Exp Psychiatry*, 47:92-101.
- Lopes, R. T., Gonçalves, M. M., Sinai, D., & Machado, P. P. P. (2015). Predictors of dropout in a controlled clinical trial of psychotherapy for moderate depression. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 15, 1,

- Luo, J., Min, S., Wei, K., Cao, J., Wang, B., Li, P., Dong, J., & Liu, Y. (2015). Behavioral and molecular responses to electroconvulsive shock differ between genetic and environmental rat models of depression. *Psychiatry Research*, 226, 2-3, 451-460.
- Martel, L. (1990). Postpartum depression as a family problem. 15, *MCN*, 90-190.
- Massachusetts General Hospital, Center for Women's Health. (2015). Pre Menstrual Syndrome (PMS) & diagnosis and treatment of Premenstrual Dysphoric Disorder (PDD).
- Massachusetts General Hospital, Center for Women's Health. (2015). Psychiatric disorders during pregnancy.
- Mayo Clinic General. (2015). Antidepressants: Are they safe during pregnancy?
- Mayo Clinic General. (2015). Depression in women: Understanding the gender gap.
- Meffert, S.M., McCulloch, C.E., Neylan, T.C., Gandhi, M., & Lund, C. (2015). Increase of perceived frequency of neighborhood domestic violence is associated with increase of women's depression symptoms in a nationally representative longitudinal study in South Africa. *Soc Sci Med*, 131, 89-97.
- Meyers, K. K., Crane, N. A., O'Day, R., Zubieta, J. K., Giordani, B., C.S. Pomerleau, C. S., Horowitz, J. C., & Langenecker, S. A. (2015). Smoking history, and not depression, is related to deficits in detection of happy and sad faces. *Addictive Behaviors*, 41, 210-217.
- Min, J. A., Lee, C.U., & Chae, J. H. (2015). Resilience moderates the risk of depression and anxiety symptoms on suicidal ideation in patients with depression and/or anxiety disorders. *Compr Psychiatry*, 56, 103-111.
- Möbius, M., Tendolkar, I., Lohner, V., Baltussen, M., & Becker, E.S. (2015). Refilling the half-empty glass – Investigating the potential role of the Interpretation Modification Paradigm for Depression (IMP-D). *J Behav Ther Exp Psychiatry*, 49, Pt A, 37-43.
- Moreno, M. A., Jelenchick, L. A., & Breland, D. J. (2015). Exploring depression and problematic internet use among college females: A multisite study. *Computers in Human Behavior*, 48, 601-607.
- Mueller, E., Panitz, C., Pizzagalli, D. A., Hermann, C., & Wacker, J. (2015). Midline theta dissociates agentive extraversion and anhedonic depression. *Personality and Individual Differences*, 79, 172-177.
- Naudin, M., Mondon, K., El-Hage, W., Perriot, E., Boudjarane, M., Desmidt, T., Lorette, A., Belzung, C., Hommet, C., & Atanasova, B. (2015). Taste identification used as a potential discriminative test among depression and Alzheimer's disease in elderly: A pilot study. *Psychiatry Research*, 228, 2, 228-232.

- Ormonde do Carmo, M. B., Mendes-Ribeiro, A. C., Matsuura, C., Pinto, V. L., Mury, W. V., Pinto, N. O., Moss, M. B., Ferraz, M. R., & Brunini, T. M. (2015). Major depression induces oxidative stress and platelet hyperaggregability. *J Psychiatr Res*, 61, 19-24.
- Pan, Y. J., Pan, C. H., Chan, H. Y., & Kuo, K. H. (2015). Depression and pain: An appraisal of cost effectiveness and cost utility of antidepressants. *J Psychiatr Res*, 63, 123-131.
- Penfold, C., Vizueta, N., Townsend, J. D., Bookheimer, S. Y., & Altshuler, L. L. (2015). Frontal lobe hypoactivation in medication-free adults with bipolar II depression during response inhibition. *Psychiatry Res*, 231, 3, 202-209.
- Plieger, T., Melchers, M., Montag, C., Meermann, R., & Reuter, M. (2015). Life stress as potential risk factor for depression and burnout. *Burnout Research*, 2, 1, 19-24.
- Prather, A.A., Vogelzangs, N., & Penninx, B.W. (2015). Sleep duration, insomnia, and markers of systemic inflammation: Results from the Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA). *J Psychiatr Res*, 60, 95-102.
- Psychology Today. (2015). More women suffer depression.
- Pu, S., Nakagome, K., Yamada, T., Yokoyama, K., Matsumura, H., Nagata, I., & Kaneko, K. (2015). Prefrontal activation predicts social functioning improvement after initial treatment in late-onset depression. *Journal of Psychiatric Research*, 62, 62-70.
- Rapinesi, C., Kotzalidis, G. D., Curto, M., Serata, D., Ferri, V. R., Scatena, P., Carbonetti, P., Napoletano, F., Miele, J., Scaccianoce, S., Del Casale, A., Nicoletti, F., Angeletti, G., & Girardi, P. (2015). Electroconvulsive therapy improves clinical manifestations of treatment-resistant depression without changing serum BDNF levels. See comment in PubMed Commons below *Psychiatry Res*, 227, 2-3, 171-178.
- Reeder, S. J., Leonidel, M., & Kaniak, D. (1997). *Maternity Nursing, family: Newborn and Womans health care*, 8th edi, 664.
- Richieri, R., Boyer, L., Faget-Agius, C., Fariße, J., Mundler, O., Lançon, C., & Guedj, E. (2015). Determinants of brain SPECT perfusion and connectivity in treatment-resistant depression. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 231, 2, 134-140.
- Roy, D., Jayaram, G., Vassila, A., Keach, S., & Rao, V. (2015). Depression after traumatic brain injury: A biopsychosocial cultural perspective. *Asian J Psychiatr*, 13, 56-61.

- Salimi, S.H., Terplan, M., Cheng, D., & Chisolm, M. S. (2015). The relationship between postpartum depression and perinatal cigarette smoking: An analysis of PRAMS Data. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 56, 34–38.
- Seldenrijk, A., Vogelzangs, N., Batelaan, N. M., Wieman, I., van Schaik, D. J. K., & Penninx, B. J. W. H. (2015). Depression, anxiety and 6-year risk of cardiovascular disease. *Journal of Psychosomatic Research*, 78, 2, 123-129.
- Smith, R., Allen, J. J. Thayer, J. F., Lane, R. D. (2015)..Altered functional connectivity between medial prefrontal cortex and the inferior brainstem in major depression during appraisal of subjective emotional responses: A preliminary study. See comment in PubMed Commons below *Biol Psychol*, 108, 13-24.
- Stanhope, M., & Lancaster, J. (2000). *Community Public health Nursing*, 5 edition, Mosby company, 572.
- Tissot, H., Favez, H., Frascarolo-Moutinot, F., & Despland, J. N. (2015). Assessing postpartum depression: Evidences for the need of multiple methods. 65, 2, 61–66.
- Titov, N., Dear, B. F., Ali, S.H., Zou, J. B., Lorian, C. N., Johnston, L., Terides, M. D., Kayrouz, R., Klein, B., Gandy, M., & Fogliati, V. J. (2015). Clinical and cost-effectiveness of therapist-guided Internet-Delivered Cognitive Behavior Therapy for older adults with symptoms of depression: A randomized controlled trial. *Behavior Therapy*, 46, 2, 193–205.
- UNC School of Medicine, Center for Women’s Mood Disorders. (2015). Menstrually related mood disorders.
- Van Rijsbergen, G.D., Hollon, S.D., Elgersma, H.J., Kok, G.D., Dekker, J., Schene, A. H., & Bockting, C. L. (2015). Understanding emotion and emotional scarring in recurrent depression. *Compr Psychiatry*, 59, 54-61.
- Van Varsseveld, N. C., van Bunderen, C. C., Sohl, E., Comijs, H. C., Penninx, B.W. J. H., Lips, P., Drent, M. L (2015). Serum insulin-like growth factor 1 and late-life depression: A population-based study. *Psychoneuroendocrinology*, 54, 31–40.
- Weissman, M. M., Blank, R. C., et.al. (1996). Cross national epidemiology of major depression and bipolar disorder, *Jama*, 293-299.
- Yu, D., Zhou, H., Yang, Y., Jiang, Y., Wang, T., Lv, L., Zhou, Q., Yang, Y., Dong, X., He, J., Huang, X., Chen, J., Wu, K., Xu, L., & Mao, R. (2015). The bidirectional effects of hypothyroidism and hyperthyroidism on anxiety- and depression-like behaviors in rats. *Horm Behav*, 69, 106-115.
- Zeng, R., Cohen, L. J., Tanis, T., Qizilbash, A., Lopatyuk, Y., Yaseen, Z. S., & Galynker, I. (2015). Assessing the contribution of borderline personality disorder and features to suicide risk in psychiatric in patients with bipolar disorder, major depression and schizoaffective disorder. *Psychiatry Res*, 226, 1, 361-367.

Zhao, Y., Kane, I., Wang, J., Shen, B., Luo, J., & Shi, S. (2015). Combined use of the postpartum depression screening scale (PDSS) and Edinburgh postnatal depression scale (EPDS) to identify antenatal depression among Chinese pregnant women with obstetric complications. *Psychiatry Res*, 30, 226, 1, 113-119.