

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



مهرماه

۱۳۹۴ شمسی



سرشناسه	: دادفر، محبوبه، ۱۳۳۶ -
عنوان و نام پدیدآور	: افسردگی زنان: جنبه‌های زیستی و روانشناختی / تألیف محبوبه دادفر، محمد کاظم عاشق‌وحید، محمدباقر صابری زعفرقندی؛ [برای] مرکز تحقیقات علوم اعصاب شفاء بیمارستان فوق تخصصی خاتم‌الانبیاء (ص)، انستیتو روانپزشکی تهران.
مشخصات نشر	: تهران: میرماه، ۱۳۹۴.
مشخصات ظاهری	: ۶۲ ص.
شابک	: ۹۷۸-۶۰۰-۳۳۳-۳۲۰-۱ ریال: ۱۰۵۰۰۰
وضعیت فهرست نویسی	: فیا
موضوع	: افسردگی در زنان
موضوع	: افسردگی -- تشخیص
موضوع	: افسردگی -- درمان
شناسه افزوده	: عاشق‌وحید، محمد کاظم، ۱۳۳۱ -
شناسه افزوده	: صابری زعفرقندی، محمدباقر
شناسه افزوده	: بیمارستان تخصصی و فوق تخصصی خاتم‌الانبیاء (ص)، مرکز تحقیقات علوم اعصاب شفا
شناسه افزوده	: انستیتو روانپزشکی تهران
رده بندی کنگره	: ۱۳۹۴ ۱۲۶ الف ۲۶: RC۵۳۷
رده بندی دیویی	: ۶۱۶/۵۳۷۰۰۸۲
شماره کتابشناسی ملی	: ۳۹۷۶۳۷۷



افسر دگی زنان: جنبه‌های زیستی و روانشناختی



تألیف: محبوبه دادفر، دکتر محمد کاظم عاطف وحید، دکتر محمد باقر صابری زفر قندی

ناشر: میرماه

گرافیک جلد و متن: مهدیه ناظم زاده

لیتوگرافی 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^{۱۳۴}، خیابان رشید یاسمی، بیمارستان فوق تخصصی خانم الانبیا، ۱۳۴

تلفن: ۸۸۸۸۴۰۴۰

انسترات مرمعه: تجریش، دزاسیب، خیابان شهید رمضانی، کوی شهید مرتضی عباسی، بلاک ۳، واحد ۲

تلفن: ۲۲۷۲۲۹۰۱-۲ و ۲۲۷۵۹۳۰۳۰۴ 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 فلج کننده است که هم روی زنان و هم مردان تاثیر 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 افسرده خویی در زنان دو برابر مردان است. این میزان در تمامی جوامع، صرف نظر از سوابق قومی و نژادی و یا موقعیت های 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 تاثیر قرار دهد. افسردگی می‌تواند بر زندگی اجتماعی، روابط، شغل، حس خود ارزشمندی و اهداف زنان تاثیر بگذارد. افسردگی اختلالی است که تفکر، خلق، احساسات، رفتار و سلامت جسمی زنان را تحت تاثیر 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 دهد.

عوامل زیادی در افسردگی زنان دخیل هستند. مسائل خاص زنان مثل شرایط هورمونی، ژنتیکی، زیست شناختی، دوران رشدی، 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 بدیده یائسگی، و مشکلات بهداشتی و سلامتی می باشند. عوامل روانشناختی شامل تمرکز کردن بر و تغییر 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 غیر مفید بودن، بی یابوری، 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 ضد افسردگی 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
۳۳	 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.....

www.ketab.ir

مقدمه

افسردگی یکی از شایع‌ترین مشکلات روانی است که باعث مراجعه بیماران به روانپزشکان و روانشناسان می‌شود. ۳۶۰ 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. ۲۵-۱۰ 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 نمایند. 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 گر گرفتگی 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 و 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

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 تأثیرات دو سویه دارد (یو و همکاران، ۲۰۱۵).

پروتئین پتید 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).

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

عامل نوروتروفیک مشتق شده مسیر سلولی گلیال Glial cell-line Derived Neurotrophic Factor (GDNF) برای ایجاد، تمایز سازی 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 کر تکس 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 منانی 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 ابتلا 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 درصدد 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 می رسد که زنان بیش از مردان علایم و شکایات خود را از افسردگی بیان می کنند و یا آنکه مردان در برابر مشکل افسردگی خود بیشتر مقاومت می کنند و راه حل های دیگری غیر از مراجعه به پزشک برای درمان خود برمی گزینند. به لحاظ محیطی نیز، زنان بیش از مردان در معرض انواع استرس ها و اضطراب هایی قرار می گیرند که تاثیر خود را بر سیستم عصبی آنها و هورمون های بدنشان می گذارد. تجربه های روزمره نیز می توانند همچون شوک ها و فشارهای عصبی ایجاد کننده استرس باشند و موجب ابتلای بیشتر افسردگی در زنان نسبت به مردان شوند. علی رغم تاثیر این عوامل در بروز افسردگی، این بیماری قابل درمان می باشد. تشخیص بموقع و زود هنگام افسردگی، فرصتی برای پیشگیری اولیه و فراهم نمودن بهداشت روانی برای خانواده ها فراهم می سازد.

تشخیص علایم افسردگی در زنان

تاکنون پژوهشگران نتوانسته اند علت اصلی بروز افسردگی را در افراد شناسایی کنند. نارسایی های هورمونی (عدم تعادل هورمون های مترشح از قسمت های مختلف مغز مثل سروتونین، دوپامین، نوراپی نفرین)، عوامل ژنتیکی و سازه خانوادگی، عوامل محیطی (زنانی که مواد مخدر مصرف می کنند، زنانی که مورد تجاوز جنسی قرار می گیرند، زنانی که همسرانشان فوت می کنند و یا از همسران خود جدا می شوند) و عوامل فرهنگی گوناگونی می توانند علت افسردگی های زنانه باشند. از آن جایی که افسردگی تا حدی رایج است، هر فردی ممکن است علایم اولیه افسردگی را بشناسد و یا خود شخصاً آن را تجربه کرده باشد. متأسفانه فقط حدود ۵۰ درصد از علایم اولیه افسردگی قابل شناسایی و درمان هستند و زنان در این بین شاید نتوانند این علایم را در خود به وضوح تشخیص دهند. علایم عمده افسردگی شامل موارد زیر هستند:

– جنبه های عاطفی: خلق غمگین و احساس بی ارزش بودن