

آیا اختلالات روانی در زنان شایع‌تر است؟

دکتر فیروزه رئیسی^۱

دانشگاه علوم پزشکی تهران

دکتر عباسعلی ناصحی^۲

دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

این مقاله با هدف ارزیابی تفاوت‌های بین دو جنس از نظر شیوع اختلالات روانی، ابتدا به بررسی کلیشه‌های جنسی می‌پردازد. این کلیشه‌ها عقایدی افراطی و نسبتاً ثابت در مورد افراد و بر اساس جنسیت آنهاست. تحقیقات نشان می‌دهد که برخی از این کلیشه‌های جنسی، واقعی و عده‌ای غیر واقعی می‌باشند. از جمله کلیشه‌های واقعی شیوع بالاتر اختلالات روانی در زنان است. این مقاله به تفصیل، به علل شیوع بالاتر افسردگی در زنان می‌پردازد. به نظر می‌رسد که با مشخص کردن این علل و با استفاده از برنامه‌های پیشگیری، بتوان احتمال بروز بیماری‌ها در زنان را تا حد قابل ملاحظه‌ای کاهش داد.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
رتال جامع علوم انسانی

اصولاً مردم با توجه به خصوصیات خود در گروه‌های مختلف قرار می‌گیرند. یکی از مهم‌ترین خصوصیات آنکه افراد بر اساس آن تقسیم می‌شوند، جنسیت است. جنسیت یک فرد در بسیاری از جنبه‌های زندگی او تأثیر می‌گذارد: از جمله اینکه فرد چگونه با دیگران رفتار کند، چه اعمال و وظایفی را انجام دهد، از نظر جنسی چگونه عمل کند و چه برخوردهایی در اجتماع داشته باشد و مهم‌تر از همه، تأثیر جنسیت بر ادراک فرد از خودش می‌باشد. بنابراین جنس و جنسیت همواره از زمینه‌های مورد توجه تحقیقات بالینی بوده‌اند.

یکی از نکات مهم در تقسیم‌بندی بر اساس جنسیت، نگرانی‌های ناشی از تأثیرات احتمالاً منفی آن می‌باشد. در همین زمینه لازم است اشاره‌ای به کلیشه‌های (stereotypes)

جنسی شود. این کلیشه‌ها، عقاید تعمیم یافته افراطی، نسبتاً ثابت و ساده‌اندیشانه در مورد افراد و بر اساس جنسیت آنهاست که سبب می‌شود مرزهایی نسبتاً روشن و محکم بین دو جنس به وجود آید. شاید اگر از هر یک از افراد جامعه خواسته شود فهرستی از خصوصیات مردانه یا زنانه تهیه کنند، تعدادی از کلیشه‌های جنسی را نام می‌برند که مشخص شده است حتی کودکان پیش‌دبستانی هم آنها را می‌شناسند. هر چند کلیشه‌ها عمدتاً قراردادی هستند، ولی معمولاً به عنوان هنجارها و استانداردها عمل می‌کنند. بعضی از کلیشه‌های جنسی در جدول ۱ مشخص شده است. در این زمینه ممکن است چند سؤال پیش بیاید: اول اینکه، آیا این کلیشه‌ها واقعی هستند و یا فقط اسطوره‌های فرهنگی‌اند و واقعیت ندارند؟ در این مورد می‌توان به مطالعه ماکویی و ژاکلین (۱۹۷۴) اشاره کرد. آنها مشخص

^۱ استادیار گروه روانپزشکی

^۲ روانپزشک



در یادگیری کلیشه‌های جنسی، علاوه بر والدین، کودکان هم‌سال و رسانه‌های جمعی نیز نقش دارند (لیبرت و ویکر نلسون، ۱۹۸۱). البته این گونه نیست که افراد یک جنس نتوانند حساسیتها و رفتارهای مشخصه جنس دیگر را یاد بگیرند، بلکه به نظر می‌رسد که در سیر طبیعی رشد، در بیشتر افراد یک جنس، تمایل به شکل‌گیری خصوصیات آن جنس آنها شناخته شده است، وجود دارد. همچنین این گونه نیست که این نقش‌ها، الزاماً مضر یا مردم مجبور به اجرای آنها باشند، بلکه به نظر می‌رسد آنها در هر دو جنس مکمل یکدیگر و در پاسخ به نیازهای جنس دیگر شکل می‌گیرند. البته شاید به علت محدودیت‌هایی که بعضی از این نقش‌های سنتی برای افراد ایجاد کرده‌اند، تغییری در نقش‌های جنسی از جمله رفتارهای هیجانی و اجتماعی مردها و زن‌ها در حال شکل‌گیری باشد و در مواردی نیز ترکیبی از خصوصیات مردانه و زنانه در یک فرد دیده شود.

سؤال آخر اینکه اهمیت این کلیشه‌ها چیست؟ و آیا تأثیری در تحقیقات علمی دارند؟ در پاسخ باید گفت: بدون شک این عقاید بر ادراک فرد از خود، روش‌های کنار آمدن با مشکلات، برآورد فرد از توانایی‌های خود و سایر جنبه‌های زندگی او تأثیر می‌گذارد.

همچنین به نظر می‌رسد که این پیش‌زمینه‌های ذهنی در حدسیات محققان مؤثر باشد. در این زمینه به مطالعه کوندراي کوندراي (۱۹۷۶) اشاره می‌شود. در این مطالعه، به دو گروه از دانشجویان، فیلم کودک ۹ ماهه‌ای نشان داده شد که در آن فیلم کودک با خرس پشمالویی بازی می‌کرد و به محرک‌های بیرونی از جمله فنر داخل جعبه واکنش نشان می‌داد. به گروه اول گفته

کردند که بعضی از این تفاوت‌ها واقعیت ندارند و کاذب هستند، ولی برخی از آنها واقعاً وجود دارند. در جدول ۲ نمونه‌هایی از کلیشه‌های واقعی و کاذب ملاحظه می‌شود.

جدول ۱- چند نمونه از کلیشه‌های زنانه و مردانه

مردانه	زنانه
خشک	هیجانی
فعال	منفعل
منطقی	غیرمنطقی
مستقل	وابسته
جاه‌طلب	پر حرف
رقابتگر	آرام
فرمانده	نجیب

به نقل از: براورمن و همکاران (۱۹۷۲ و ۱۹۷۰)

سؤال دیگر این است که تفاوت‌های جنسی از چه سنی و چگونه شکل می‌گیرند؟ مشخص شده است که شکل‌گیری این تفاوت‌ها از اوان کودکی آغاز می‌شود و مجموعه‌ای از عوامل زیستی و اجتماعی در آن مؤثرند. شاید از همان زمان که کودک به عنوان پسر یا دختر نامگذاری می‌شود، رفتارهای دیگر نیز بر حسب جنسیت وی تنظیم می‌شود؛ مثل نحوه پوشاندن لباس، مدل کوتاه کردن مو، تهیه اسباب‌بازیهای مختلف و واکنشهای متفاوت نسبت به رفتارهای کودک که همگی سبب شکل‌گیری رفتاری مطابق با جنسیت او می‌شوند. یادگیری کلیشه‌های جنسی عمدتاً پس از ۲/۵ سالگی که کودک قدرت تشخیص جنسیت خود و دیگران را پیدا

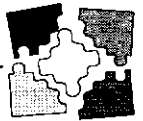
جدول ۲- چند نمونه از تفاوت‌های جنسی واقعی و کاذب

تفاوت‌های جنسی واقعی	تفاوت‌های جنسی کاذب
دخترها نسبت به پسرها قدرت کلامی بیشتری دارند. توانایی ریاضیات در پسرها بیشتر از دخترهاست. پسرها خشن‌تر از دخترها هستند.	دخترها تلقین‌پذیرتر از پسرها هستند. دخترها در مقایسه با پسرها اعتماد به نفس کمتری دارند. دخترها بیشتر شنیداری هستند و پسرها بیشتری دیداری.

به نقل از: ماکویی و زاکلین (۱۹۷۴)

شد، این کودک دختر بچه‌ای ۹ ماهه است و به گروه دوم گفته شد، او پسریچه است. سپس از دانشجویان خواسته شد که واکنش‌های کودک را توصیف کنند، از جمله اینکه آیا او

می‌کند، شروع می‌شود (بلچمن و براونل، ۱۹۹۸). مثلاً یاد می‌گیرد که دخترها با عروسک و پسرها با کامیون بازی می‌کنند، پسرها بیشتر عصبانی می‌شوند و دخترها بیشتر می‌ترسند.



مردان بیشتر است، ولی موربیدیتی (morbidity) در زنان بیشتر از مردان است. در این مورد می‌توان به یکی از مطالعات انجام شده

ترسیده، خشمگین شده و مانند آنها. نتایج نشان داد که گروهی از دانشجویان که تصور می‌کردند کودک دخترچه است، بیشتر از

جدول ۳- توزیع فراوانی و درصد شیوع اختلال روانی در افراد ۱۵ سال و بالاتر (مورد مطالعه در چند استان کشور بر اساس پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ - ۲۸) به تفکیک جنس در سال ۱۳۷۸)

استان	مرد		زن	
	کل نمونه	مشکوک اختلال	کل نمونه	مشکوک اختلال
آذربایجان شرقی	۹۵۸	۲۰/۹	۱۱۴۳	۳۳/۱
اصفهان	۱۰۸۳	۱۳/۸	۱۲۵۳	۲۷/۷
بوشهر	۲۰۸	۳۳	۲۸۱	۵/۸
تهران	۱۲۳۲	۱۷/۳	۱۵۸۳	۳۸/۰
	۵۹۲	۱۰/۷	۶۸۵	۱۸/۱
	۱۰۹۶	۱۷/۲	۱۵۰۷	۴۰/۲
چهارمحال و بختیاری	۱۸۸	۳۸	۲۵۴	۱۳/۴
خراسان	۱۳۵۹	۱۶/۴	۱۷۹۰	۳۹/۰
خوزستان	۸۵۱	۱۳/۷	۱۰۹۸	۲۸/۱
سیستان و بلوچستان	۲۵۲	۳/۶	۴۱۲	۱۴/۳
فارس	۸۴۱	۱۵/۲	۱۱۱۴	۳۰/۳
کردستان	۳۵۱	۶/۸	۳۶۳	۱۹/۴
گلستان	۳۵۳	۷/۲	۴۵۵	۲۰/۴
گیلان	۶۱۶	۸/۸	۷۷۸	۱۴/۳
مازندران	۸۰۱	۶/۰	۷۸۴	۷/۵
همدان	۴۵۴	۱۰/۲	۵۳۰	۲۲/۵
یزد	۲۷۷	۱/۸	۳/۵	۶/۵

به نقل از: نوربالا و همکاران (۱۳۸۰)

در ایران اشاره کرد (نوربالا و همکاران، ۱۳۸۰). این پژوهش با عنوان سلامت روان، روی ۳۵۰۱۴ نفر از افراد ۱۵ سال و بالاتر که به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی انتخاب شده بودند، انجام شد. در این طرح از پرسشنامه GHQ-۲۸ به عنوان ابزار بررسی سلامت روان و غربالگری اختلالات روانی استفاده شد. این پرسشنامه حاوی چهار مقیاس علائم جسمانی (somatic)، اضطراب و اختلالات خواب، افسردگی و اختلال در کارکرد اجتماعی می‌باشد. نتایج این پژوهش نشان داد که در مجموع ۲۱ درصد افراد مورد مطالعه از انواع اختلالات روانی رنج می‌برند. در پژوهش مذکور نیز مانند اکثر بررسی‌های انجام شده در جهان

واژه‌هایی نظیر «آرام و منفعل» برای توصیف او استفاده کرده بودند؛ ضمناً جنسیت دانشجویان نیز در پاسخ‌هایی که می‌دادند مؤثر بود (کوندراوی و کوندراوی، ۱۹۷۶).

یکی از کلیشه‌های جنسی این است که مردها به طور کلی قوی‌تر و از نظر سلامت روان از وضعیت بهتری برخوردار می‌باشند. ولی مطالعات چه می‌گویند؟ آیا این کلیشه واقعی است یا کاذب؟ مطالعات انجام شده در کشورهای مختلف نشان می‌دهد که زنان از نظر وضعیت سلامت، در مقایسه با مردان، شرایط بدتسری دارند (انجمن ملکی سلامت، ۱۹۹۲) (National Institute of Health). هر چند میزان مرگ و میر در



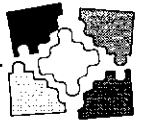
بگیرند. سؤالی که در این رابطه مطرح می‌شود این است که اولین مبتلایان توصیف شده بیماری‌هایی نظیر اسکیزوفرنی و افسردگی مرد بوده‌اند یا زن؟ آیا برای توصیف ملاک‌های بیماری‌های مختلف از جمله اختلالات خلقی، شخصیتی و سایر اختلالات، هیچ توجهی به جنسیت فرد مبتلا شده است؟ و آیا اصلاً نیازی هست که برای تعیین ملاک‌های تشخیصی یک بیماری، جنسیت نیز به عنوان عامل تأثیرگذار در نظر گرفته شود؟

آنچه قطعی به نظر می‌رسد، وجود تفاوت‌های جنسی مهم در برخی از اختلالات روانپزشکی از جمله اختلال افسردگی اساسی، اختلالات اضطرابی، اختلالات شبه‌جسمی (somatoform) و اختلالات تجزیه‌ای (dissociative) است. مثلاً شیوع اختلال جسمانی شدن (somatization) می‌تواند در زنان تا ۲۰ برابر بیشتر از مردان باشد (کاپلان و سادوک، ۱۹۹۸). از طرف دیگر اختلالاتی نظیر سوء مصرف مواد و اختلال شخصیت ضداجتماعی در مردان شایع‌تر از زنان است. سؤالی که در اینجا مطرح می‌شود این است که آیا تفاوت‌های اپیدمیولوژیک در زنان و مردان به علت اختلاف در پسیکوپاتولوژی آنهاست و یا نتیجه اشتباه و سوگیری در ارائه تعریف، گذاشتن تشخیص و نحوه ارزیابی در تحقیقات می‌باشد؟

برای مثال، آیا نسبت بالاتر اختلال شخصیت نمایشی (histrionic) و اختلال شخصیت وابسته (dependent) در زنان، اختلالی واقعی و ناشی از پسیکوپاتولوژی متفاوت بین دو جنس است؟ و یا چون خصوصیات ایسن دو اختلال شخصیت تا حدی شبیه صفات کلیشه‌ای زنانه است، در زنها بیشتر تشخیص گذاشته می‌شود؟ و آیا اگر ملاک‌های تشخیصی در این اختلالات مطابق با جنسیت تنظیم شود، نتایج اپیدمیولوژیک متفاوت نخواهد بود؟ و کدام یک به واقعیت نزدیک‌تر است؟ در هر حال روندی که در حال پیشرفت است، توجه به عواملی نظیر فرهنگ، نژاد و جنسیت در سیستم‌های تشخیص‌گذاری اختلالات روانپزشکی از جمله سیستم طبقه‌بندی DSM است. چرا که جنسیت فرد ممکن است در شکل‌گیری، سیر و درمان بیماری‌ها تأثیر بگذارد. مثلاً مشخص شده که زنان در درمان‌های ساختار یافته (structured) برای رسیدن به

و ایران، اختلالات افسردگی و اضطراب از شایع‌ترین اختلالات بودند. پژوهش نشان داد که میزان شیوع اختلالات روانی در زنان بیشتر از مردان است (۲۵/۹ درصد در مقابل ۱۴/۹ درصد) که با نتایج دیگر پژوهش‌های انجام گرفته در جهان و کشورمان همخوانی دارد. این یافته‌ها به تفکیک استانهای مختلف در جدول شماره ۳ مشخص شده است. همان‌طور که در جدول مشخص شده، در تمام استانهای کشور، شیوع اختلالات روانپزشکی در زنان بیشتر از مردان است، و لسی نسبت آن در استانهای مختلف متفاوت است که از علل این تفاوت می‌توان به عدم اجرای هم‌زمان طرح در استانهای مختلف اشاره نمود (پژوهش در طول ماههای اردیبهشت تا بهمن سال ۱۷۸ اجرا شد). بالاترین درصد ابتلا به اختلال روانپزشکی در زنان، به استان چهارمحال و بختیاری با رقم ۵۲/۹ درصد (در مقایسه با ۲۰/۲ درصد ابتلا در مردان) و پس از آن به استان گلستان با رقم ۵۰/۳ درصد (در مقایسه با ۲۰/۴ درصد ابتلا در مردان) اختصاص می‌یابد و کمترین میزان را استان آذربایجان غربی، با رقم ۱۵/۵ درصد (در مقایسه با ۱۰/۸ درصد ابتلا در مردان) و پس از آن استان یزد، با رقم ۱۶/۲ درصد (در مقایسه با ۶/۵ درصد ابتلا در مردان) به خود اختصاص می‌دهد (نوربالا و همکاران، ۱۳۸۰).

اما علت چیست؟ طیفی از علل گوناگون از جمله عوامل بیولوژیک، روانی، اجتماعی و ... در این رابطه شرح داده شده است. ولی شاید یکی از مهم‌ترین علل تفاوت در وضعیت سلامت مردان و زنان، بی‌عدالتی در تحقیقات طبی مربوط به زنان باشد. بدون شک، عدم توجه کافی و فراهم نکردن امکانات تحقیقاتی مناسب در زمینه مشکلات سلامت زنان، بر تمام جنبه‌های بیمار شدن آنها، از جمله شکل‌گیری بیماری، طول دوره بیماری، نحوه پاسخ به درمان و عوارض بیماری مؤثر باشد. یعنی یک غفلت عمومی از وضعیت سلامت زنان در طی سالیان دراز وجود داشته که روی برنامه‌ریزی‌های بهداشتی و مراقبت از سلامت آنان اثر گذاشته است. مثلاً آمار نشان می‌دهد حدود ۱۰۰/۰۰۰ زن افسرده در آمریکا تشخیص صحیح نگرفته و درمان نشده‌اند (ترکینگتون و پرست، ۲۰۰۰). در واقع عدم توجه کافی به زنان در زمینه‌های طبی، مطالعات تحقیقی و آزمونهای دارویی شاید سبب شده که زنان در مقایسه با مردان از نظر سلامت در وضعیت بدتری قرار



جدول ۴- شیوع اختلال افسردگی اساسی در افراد ۶۴-۱۸ ساله

مکان	شیوع کلی	شیوع در جنس مؤنث	شیوع در جنس مذکر	نسبت جنسی
ایالات متحده	۵/۲	۷/۴	۲/۸	۲/۶
ادمونتون، کانادا	۹/۶	۱۲/۳	۶/۶	۱/۹
پورتوریکو	۳/۴	۵/۵	۳/۱	۱/۸
پاریس، فرانسه	۱۶/۴	۲۱/۹	۱۰/۵	۲/۱
مونینخ، آلمان	۱۱/۲	۱۷	۴/۹	۳/۵
فلورانس، ایتالیا	۱۲/۴	۱۸/۱	۶/۱	۳/۱
بیروت، لبنان	۱۹	۲۳/۱	۱۴/۷	۱/۶
تایوان، چین	۱/۵	۱/۸	۱/۱	۱/۶
سنول، کره	۲/۹	۳/۸	۱/۹	۲/۱۰
نیوزیلند	۱۱/۶	۱۵/۵	۷/۵	۲/۱۰

به نقل از: وایسمن و همکاران (۱۹۹۶)

استقلال (independency) و چیرگی بر خود (self mastery)، نتایج بهتری نشان می‌دهند (بلچمن و براونل، ۱۹۹۸). علاوه بر جنسیت بیمار، جنسیت درمانگر نیز در این فرایند دخیل است؛ مثلاً در مطالعات مشخص شده که جنسیت درمانگر در نحوه برخورد او با بیمار، نوع تشخیص گذاشته شده، انتخاب نوع درمان (شامل درمان دارویی، الکتروشوک و روان‌درمانی) و نیز تأثیر درمان بر بیمار نقش دارد (فرانک و همکاران، ۲۰۰۱). در ادامه، برای روشن‌تر شدن عوامل مؤثر در تفاوت شیوع جنسی اختلالات روانپزشکی، علل تفاوت‌های اپیدمیولوژیک افسردگی در دو جنس شرح داده می‌شود.

نتایج تقریباً تمام مطالعات اپیدمیولوژیک نشان می‌دهد که اختلال افسردگی اساسی در جنس مؤنث در مقایسه با جنس مذکر شیوع بیشتری دارد (سادوک و سادوک، ۲۰۰۰). نتایج مطالعه‌ای گسترده در زمینه شیوع و نسبت جنسی افسردگی اساسی در چندین کشور جهان (آمریکا، کانادا، پورتوریکو، فرانسه، آلمان، ایتالیا، لبنان، چین، کره و نیوزیلند) نشان می‌دهد که در تمام کشورهای مورد مطالعه، افسردگی در جنس مؤنث در مقایسه با جنس مذکر شیوع بیشتری دارد، هر چند نسبت آن در کشورهای مختلف متفاوت است (جدول ۴). کمترین نسبت (۱/۶) در بیروت و تایوان و بیشترین نسبت (۳/۵) در مونیخ به دست آمده است. در واقع این مطالعه گسترده نشان می‌دهد که در فرهنگ‌های مختلف

افسردگی در زنان شایع‌تر از مردان می‌باشد. در رابطه با علل این تفاوت دو دسته عوامل شناخته شده‌اند: الف - عوامل واقعی ب - عوامل غیر واقعی (جدول شماره ۵).

الف) از علل واقعی می‌توان موارد زیر را نام برد:
 ۱- عوامل بیولوژیک و ژنتیک: علاوه بر عوامل مؤثر بیولوژیکی شناخته شده بر اختلاف شیوع جنسی افسردگی، می‌توان به نقش گوناگوندتروپین‌ها روی turnover کاته‌کولامین‌ها اشاره نمود. علاوه بر آن نوروترانسمیترها نیز روی آزاد شدن هورمون‌ها مؤثر هستند (هالبرایش، ۱۹۹۰). همچنین به نظر می‌رسد که استروژن نقش تنظیم‌کننده بر آهنگ سیرکادین داشته باشد که می‌تواند با شیوع بیشتر اختلال خلقی فصلی در زنان نیز مرتبط باشد (لبنافت، ۱۹۹۳). یافته غیرمستقیم دیگر این است که مشاهده شده تجویز استروژن آگزوزن موجب تسکین علائم افسردگی در زنانی می‌شود که سطوح استرادیول پایینی دارند. عده‌ای از محققان نیز در ارتباط با شیوع بالاتر افسردگی در زنان مدل افروزش (kindling) را توضیح داده‌اند.

طبق این مدل، تحریک‌های مکرر زیر آستانه‌ای نورون، نهایتاً منجر به پتانسیل عمل می‌شود. براساس این مدل تغییرات خلقی در طی دوره‌های ماهیانه، فرآیندی نظیر افروزش را در زنان مستعد ایجاد می‌کند. در واقع به نظر می‌رسد تغییرات مکرر ماهیانه در وضعیت عاطفی زنان، احتمال بروز اختلال افسردگی مستقل از



جدول ۵- علل شیوع اختلال افسردگی در زنان

علل واقعی
۱- عوامل ژنتیک و بیولوژیک:
- آمین‌های بیوژنیک
- نورواندوکرین
- افروزش (kindling)
۲- عوامل اجتماعی:
- در بسیاری از فرهنگ‌ها، زنان وضعیت اجتماعی مناسبی ندارند. زنان یا بیشتر در معرض استرس‌ها قرار می‌گیرند یا میزان تأثیر استرس ناشی از حوادث بر آنها بیشتر است.
- حمایت اجتماعی ضعیف، بر زنان تأثیر بیشتری می‌گذارد.
۳- عوامل شناختی:
- احتمال وجود طر حواره شناختی مشابه «درماندگی آموخته شده» (learned helplessness)، در زنان بیشتر است.
- زنان بیشتر از مردان نحوه پاسخ‌دهی نشخواری (ruminative) دارند.
علل غیر واقعی
۱- زنان بیشتر از مردان، از سیستم‌های مراقبتی بهداشتی استفاده می‌کنند.
۲- زنان بیشتر از مردان، خواستار دانستن علایم خلقی خود هستند.
۳- مردان بیشتر از زنان، علایم افسردگی خود را فراموش می‌کنند.
۴- ملاک‌های تشخیصی اختلال افسردگی، تحت تأثیر جنسیت فرد قرار می‌گیرد.
۵- سوء مصرف الکل و اختلال شخصیت ضد اجتماعی، معادل‌های افسردگی در مردان است.

به نقل از: الدهام و ریبا، ۱۹۹۵

ابتلا به افسردگی اساسی پیدا نشده است (هالستروم و ساموئلسون ۱۹۸۵؛ مک کینلی و همکاران، ۱۹۸۷؛ وینگر، ۱۹۷۳). به نظر می‌رسد اگر شیوع افسردگی در سنین یانگی بیشتر است، عمدتاً به علت وجود عوامل اجتماعی و فرهنگی نظیر رفتن فرزندان از منزل و مشکلات مربوط به پیر شدن والدین و نظایر آن است که سبب بروز علایم افسردگی و نه الزاماً اختلال افسردگی اساسی می‌شود.

۲- عوامل اجتماعی: در بین علل اجتماعی می‌توان به فرضیه‌ای در مورد سطوح اجتماعی اقتصادی پایین‌تر زنان اشاره کرد. بر طبق این فرضیه، زنان در نقش سنتی زنانه خود، از نظر اجتماعی، وضعیت چندان مطلوبی ندارند و این خود زمینه‌ای برای ایجاد افسردگی آنها می‌شود. در همین رابطه، مطالعه‌ای روی گروهی از دانشجویان که از نظر نقش اجتماعی تفاوت‌های

دوره‌های قاعدگی را افزایش می‌دهد (پاری، ۱۹۹۲). از سایر علل بیولوژیک می‌توان به تفاوت‌های موجود در وزن، ترکیب بدن، جریان مغزی و زمان تخلیه معده در دو جنس اشاره کرد. این عوامل بر سوخت و ساز، عوارض جانبی و کارآیی کلی بسیاری از داروها تأثیر می‌گذارند. مثلاً مشخص شده که افسردگی مردان به ضد افسردگی‌های حلقوی بهتر پاسخ می‌دهد و زنان در مقایسه با مردان هم سن، نسبت به داروها عوارض منفی بیشتری را تجربه می‌کنند (پانکرز و هامیلتون، ۱۹۹۶). در مجموع وجود عوامل بیولوژیک فوق به خوبی توضیح می‌دهد که چرا افسردگی پس از بلوغ در زنان افزایش می‌یابد و در طی دوره‌های مرتبط با قاعدگی و زایمان تشدید می‌شود.

حال با توجه به موارد فوق، ارتباط افسردگی با یانستگی چگونه است؟ در مطالعات هیچ گونه ارتباط ثابتی بین یانستگی و



حمایت اجتماعی به ویژه برای زن‌های طبقات اجتماعی اقتصادی پایین که خارج از منزل هم کار می‌کنند، اهمیت بیشتری دارد. در گروهی رگه حمایت اجتماعی ضعیف دارند نسبت به گروهی که حمایت اجتماعی کافی دارند، میزان‌های بالاتر افسردگی مشاهده می‌شود (پاری، ۱۹۸۶). اینکه چرا نتایج در این زمینه، در مردان و زنان متفاوت می‌باشد، به خوبی مشخص نشده است.

۳- عوامل شناختی: در مورد علل شناختی می‌توان به مدل «درماندگی آموخته شده» (learned helplessness) اشاره کرد. طبق این مدل، افسردگی ناشی از این عقیده است که فرد تصور می‌کند قدرت کنترل پدیده‌ای خارجی را که برای خوب بودن او لازم است ندارد (سلیگمن، ۱۹۷۵)، همچنین زمینه بروز افسردگی در افرادی که حوادث منفی را به خودشان نسبت می‌دهند، بیشتر است (آبرامسون و همکاران، ۱۹۷۸). این طرحواره شناختی در زنها بیشتر از مردها دیده می‌شود (مارتین و نیونس، ۱۹۸۷). یافته دیگر در رابطه با الگوی شناختی، نحوه پاسخ‌دهی متفاوت زن‌ها و مردها به علایم بیماری است. در مطالعات دیده شده است که چگونگی واکنش و پاسخ افراد به علایم افسردگی در طولانی شدن اپیزودها نقش دارد (نولن - هوکسما، ۱۹۹۱؛ نولن - هوکسما، ۱۹۹۳). برای مثال عده‌ای تمایل به دادن پاسخ‌های نشخواری دارند، یعنی روی علایمشان بیش از حد تمرکز می‌کنند و برعکس گروهی دیگر افکار خود را از موضوعات و علایم ناراحت‌کننده بیماری منحرف می‌کنند. در مجموع چنین به نظر می‌رسد که زن‌ها بیشتر از مردها پاسخ‌دهی نشخواری دارند که سبب طولانی‌تر شدن دوره علایم در آنها می‌شود. البته ممکن است این نحوه پاسخ‌دهی نتیجه و تظاهری از شدت علایم افسردگی باشد، نه علت آن. از طرف دیگر در مطالعاتی که اخیراً انجام شده، تفاوت در ساختار شناختی زن‌ها و مردها تأیید نشده است، ولی مشاهده شده که اعتماد به نفس زن‌ها در مقایسه با مردها بیشتر با تعامل بین فردی آنها مرتبط است (بلجمن و براونل، ۱۹۹۸).

ب) علل غیر واقعی: یکی از علل غیر واقعی را این می‌دانند که زنان بیشتر از مردان از سیستم‌های مراقبتی بهداشتی استفاده می‌کنند (کسلر و همکاران، ۱۹۸۱) ولی تحقیقات نشان می‌دهد

جنسیتی کمتری داشتند، انجام شد. در این تحقیق مشخص شد که تفاوت جنسی در شیوع افسردگی در دانشجویان کمتر از گروه کنترل است. اگرچه نقش‌های اجتماعی نسبتاً نزدیک در افراد مورد مطالعه می‌تواند توضیحی برای این یافته باشد، ولی توضیح دیگر آن است که از نظر روانپزشکی، گروه سالم‌تری از زنان در دانشکده حضور می‌یابند (استنگلر و پرینستر، ۱۹۸۰؛ نولن - هوکسما، ۱۹۹۰). در زمینه علل اجتماعی همچنین مشخص شده است که تغییر الگوهای عادی و نقش‌های مرسوم و متداول زنانه و مردانه در اپیدمیولوژی برخی از بیماری‌ها مؤثر است. مثلاً هر چه آمار سیگار کشیدن در زنان بالاتر می‌رود، میزان شیوع سرطان ریه در آنها به مردها نزدیک‌تر می‌شود. در ارتباط با اختلال افسردگی اساسی هم به نظر می‌رسد که هم زمان با تغییر نقش‌های مردانه و از جمله نقش‌های اجتماعی چندگانه برای آنها، طبق برخی آمارها، شیوع افسردگی در مردها رو به تزاید است و کاهش در تفاوت شیوع جنسی افسردگی هم زمان با تغییر در نقش‌های جنسیتی مشاهده می‌شود.

از دیگر عوامل اجتماعی می‌توان به استرسورها اشاره کرد. در مطالعات اولیه چنین به نظر می‌رسید که زنان بیشتر در معرض صدمات ناشی از حوادثی مثل سوء رفتار بدنی یا جنسی هستند که خود در بروز بعدی اختلالات روانپزشکی آنها نقش دارد (وایسمن و کلرمن، ۱۹۷۷، ۱۹۸۵). البته در این زمینه نتایج تحقیقات متعدد نشان می‌دهد که هر چند این مسئله در مورد برخی از حوادث پر استرس زندگی نظیر خشونت‌های خانوادگی صادق است، ولی در مجموع میزان تجربه حوادث پر استرس در زندگی زنان و مردان یکسان است. همچنین مشخص شده که در هر دو جنس میزان پر استرس بودن حوادث یکسان است، هر چند زن‌ها ممکن است بیشتر مستعد اثرات استرس‌زای حوادث بر خلق خود باشند. مثلاً مشخص شده است که در مقایسه با مردها، مشکلات زناشویی زن‌ها ارتباط بیشتری با اختلال افسردگی اساسی دارد.

عامل اجتماعی دیگر که ذکر آن حائز اهمیت است، حمایت اجتماعی (social support) است. تأثیرات منفی فقدان حمایت اجتماعی در زنها بیشتر از مردهاست. مثلاً زنانی که محرم اسرار ندارند، در معرض خطرات بالاتری برای بروز افسردگی هستند.



در مقایسه با مردها بیشتر علایم را گزارش می‌کنند. این تحقیق و تحقیقات مشابه آن (ارنست و انگست، ۱۹۹۲) باعث رشد این اندیشه شد که یا ملاک‌های تشخیصی می‌بایست تغییر یابند و یا ملاک‌های تشخیصی مورد استفاده در مردها و زن‌ها متفاوت گردد. همچنین در تحقیق دیگری مشاهده شد که اگر برای تشخیص اختلال افسردگی اساسی، حداقل یک علامت همراه خلق افسرده در نظر گرفته شود، شیوع این اختلال در زنان نسبت به مردان $1/43$ است، در حالی که اگر ۴ علامت همراه در نظر بگیرند، این نسبت برابر $1/68$ می‌شود و در صورتی که برای تشخیص، علاوه بر خلق افسرده، ۸ علامت همراه لازم باشد، این نسبت $2/5$ خواهد بود (کسلر و همکاران، ۱۹۹۳؛ میر و همکاران، ۱۹۹۲؛ ویسمن و همکاران، ۱۹۸۲).

مطالعات دیگر نشان داده که در علایم مردها و زنهای مبتلا به اختلال افسردگی تفاوت اساسی معنی‌داری وجود ندارد (فرانک و همکاران، ۱۹۸۸؛ بانگ و همکاران، ۱۹۹۰). و علت آخر در مورد نقش تفاوت جنسی در شیوع افسردگی، شیوع بیشتر تشخیص‌های معادل افسردگی در مردان (نظیر الکلیسم و اختلال شخصیت ضد اجتماعی) است. عده‌ای چنین پیشنهاد کرده‌اند که شیوع بیشتر سوء مصرف الکل در مردها می‌تواند توجیه‌کننده تفاوت‌های اپیدمیولوژیک موجود در افسردگی باشد (ویلیامز و اسپیتزر، ۱۹۸۳؛ وینکر، ۱۹۷۹). مطالعه‌ای نیز روی گروهی از آمیش‌ها (Amish) که زیر گروهی مذهبی هستند و از الکل استفاده نمی‌کنند، انجام شده است. در این مطالعه میزان پایین‌تر اختلال خلقی و نیز نسبت جنسی مساوی در اختلال افسردگی اساسی مشاهده شده است (اگلند و هاستر، ۱۹۸۳). البته هر چند نتایج این مطالعه تأییدکننده فرضیه فوق است، ولی غالب مطالعات نشان می‌دهند که افسردگی و الکلیسم اختلالات مستقلی هستند (مریکانگاس و همکاران، ۱۹۸۵).

مروری بر علل تفاوت شیوع اختلالات روانپزشکی، از جمله افسردگی اساسی در مردان و زنان نشان می‌دهد که می‌توان با استفاده از برنامه‌های پیشگیری، احتمال بروز بیماری‌ها در زنان را تا حد قابل ملاحظه‌ای کاهش داد.

که این عامل نمی‌تواند توجیه‌کننده تفاوت در شیوع افسردگی بین دو جنس باشد. عامل دیگری که ذکر شده، این است که زن‌ها بیشتر از مردها، خواستار دانستن علایم خلقی خود هستند. در این رابطه مطالعه‌ای انجام شد و در آن آزمون افسردگی بک برای دو گروه از مردها و زن‌ها در دو وضعیت متفاوت به کار گرفته شد: (۱) مصاحبه مستقیم و (۲) پرسشنامه‌ای بی‌نام. نتایج این مطالعه نشان داد که هیچ تفاوتی بین دو جنس در اینکه بخواهند علائم را در یکی از این وضعیت‌ها بیشتر نشان دهند، وجود ندارد (کینگ و بوخوالد، ۱۹۸۲؛ برایسون و پیلون، ۱۹۸۴). همچنین بین زن‌ها و مردها در اینکه بخواهند با پاسخ مثبت خود مورد توجه و یا تأیید قرار گیرند هیچ تفاوتی پیدا نشد (کلنسی و گرو، ۱۹۷۴). در یک مطالعه مشخص شد که زن‌ها بیشتر از مردها مایل هستند که با احساسات خود، منفی یا مثبت، آشنا شوند (بریسکو، ۱۹۸۲).

فرضیه دیگر در مورد شیوع بالاتر افسردگی در زن‌ها این است که این مسئله می‌تواند ناشی از تمایل بیشتر مردها برای فراموش کردن علایم افسردگی خود باشد. مطالعات انجام شده در این زمینه نشان می‌دهد که با گذشت زمان، مردها در مقایسه با زن‌ها علائم کمتری را به خاطر می‌آورند و بیشتر از زن‌ها ایزوهای افسردگی گذشته خود را فراموش می‌کنند (انگست و دوبلر - میکولا، ۱۹۸۴).

از دیگر تأثیرات تفاوت جنسی در شیوع افسردگی، ملاک‌های تشخیصی مورد استفاده برای این اختلال است. در پژوهشی مشخص شد که در یک درجه واحد از نقص عملکرد به علت اختلال افسردگی اساسی، مردها نسبت به زن‌ها علایم افسردگی کمتری را گزارش می‌دهند. بنابراین در حین انجام مطالعه، ملاک‌های تشخیصی مورد استفاده را تغییر دادند، به این صورت که فقط علامت خلق افسرده برای دوره دو هفته‌ای همراه با اختلال در عملکرد را برای گذاشتن تشخیص، کافی در نظر گرفتند که مشاهده شد نسبت جنسی شیوع افسردگی در افراد مورد مطالعه یکسان شده است (انگست و میکولا، ۱۹۸۴). در مجموع نتایج این تحقیق نشان داد که هر دو جنس، میزان‌های متفاوتی از علایم همراه را در این اختلال تجربه می‌کنند و زن‌ها



منابع

- نوربالا، الف. ح.، محمد، کک.، باقری یزدی، ع.، یاسمی، م. ت. (۱۳۸۰). نگاهی بر سیمای سلامت روان در ایران. تهران: مؤلف.
- Abramson, L.Y., Seligman, M.E.P. & Teasdale, J. (1978). Learned helplessness in humans. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 49-74.
- Angst, J. & Dobler-Mikola, A. (1984). Do the diagnostic criteria determine the sex ratio in depression? *Journal of Affective Disorders*, 7, 189-198.
- Blechman, E.A. & Brownell, K.D. (1998). *Behavioral medicine and women: A comprehensive handbook*. New York: The Guilford Press.
- Briscoe, M. (1982). Sex differences in psychological wellbeing. In *Psychological Medicine*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Broverman, I.K., Broverman, D.M., Clarkson, F., Rosenkrants, P.S. & Vogel, S.R. (1970). Sex role stereotypes and clinical judgments of mental health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 34, 1-7.
- Broverman, I.K., Vogel, S.R., Broverman, D.M., Clarkson, F. & Rosenkrants, P.S. (1972). Sex role stereotypes. *Journal of Social Issues*, 28, 59-78.
- Bryson, S.E. & Pilon, D.J. (1984). Sex differences in depression and the method of administering the Beck Depression Inventory. *Journal of Clinical Psychology*, 40, 529-534.
- Clancy, K. & Gove, W. (1974). Sex differences in mental illness: An analysis of response bias in self reports. *Journal of American Sociology*, 80, 205-216.
- Condry, J. & Condry, S. (1976). Sex differences: A study of the eye of the beholder. *Journal of Child Development*, 47, 812-819.
- Egeland, J.A., & Hostetter, A.M. (1983). Amish study I: Affective disorders among the Amish. *American Journal of Psychiatry*, 140, 56-61.
- Ernst, C. & Angst, J. (1992). The Zurich Study XII: Sex differences in depression. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 241, 222-230.
- Frank, E., Boswell, L., Dickstein, L. & Chapman, D. (2001). Characteristic of female psychiatrists. *American Journal of Psychiatry*, 158 (2), 205-212.
- Frank, E., Carpenter, L.L. & Kupfer, D.J. (1988). Sex differences in recurrent depression: Are there any that are significant? *American Journal of Psychiatry*, 145, 41-45.
- Halbreich, U. (1990). Gonadal hormones and antihormones, serotonin and mood. *Psychopharmacological Bulletin*, 26, 291-295.
- Hallstrom, T. & Samuelsson, S. (1985). Mental health in the climacteric: The longitudinal study of women in Gothenburg. *Acta Obstetrica Gynecologica Scandinavica (Suppl)*, 130, 13-18.
- Kaplan, H. & Sadock, B. (1998). *Synopsis of psychiatry*. Baltimore: Williams and Wilkins.
- Kessler, R.C., Brown, R.L. & Broman, C.L. (1981). Sex differences in psychiatric help-seeking: Evidence from four large-scale surveys. *Journal of Health and Social Behavior*, 22, 49-64.
- Kessler, R.C., McGonagle, K.A., Swartz, M., et al. (1993). Sex and depression in the national co-morbidity survey, I: Life time prevalences, chronicity and recurrence. *Journal of Affective Disorders*, 29, 85-96.
- King, D.A. & Buchwald, A.M. (1982). Sex differences in subclinical depression: Administration of the Beck Depression Inventory in public and private disclosure situations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42, 963-969.
- Leibenluft, E. (1993). Gonadal steroids regulate circadian rhythm in human. *Journal of Affective Disorders*, 29, 175-181.
- Liebert, R. & Wicks Nelson, R. (1981). *Developmental Psychology*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall Inc.
- Maccoby, E.E. & Jacklin, C.N. (1974). *The psychology of sex differences*. Stanford, CA: Stanford University Press.
- Maier, W., Lichtermann, D., Minges, J., et al. (1992). The risk of minor depression in families of probands with major depression: Sex differences and familiarity. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 242, 89-92.



- Martin, V. & Nivens, M.K. (1987). The attributional response of males and females to noncontingent feedback. *Journal of Sex Roles*, 16, 453-462.
- Mckinlay, J.B., Mckinlay, S.M. & Brambilla, D. (1987). The relative contributions of endocrine changes and social circumstances to depression in mid-aged women. *Journal of Health and Social Behavior*, 28, 345-363.
- Merikangas, K.R., Weissman, M.M. & Pauls, D.L. (1985). Genetic factors in the sex ratio of major depression. *Psychological Medicine*, 15, 63-69.
- National Institutes of Health, office of research on women's health. (1992). Report of the National Institutes of Health: Opportunities for research on women's health. LNIH Publication No 92-3457. Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office.
- Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to depression episodes. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 569-582.
- Nolen-Hoeksema, S., Marrow, J. & Fredrickson, B.L. (1993). Response styles and the duration of depressed mood. *Journal of Abnormal Psychology*, 102, 20-28.
- Oldham, J.M. & Riba, M.B. (1995). *Review of psychiatry*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- Parry, B.L. (1992). *Reproductive related depressions in women: Phenomenon of hormonal kindling in postpartum psychiatric illness*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Parry, G. (1986). Paid employment, life events, social support and mental health in working class mothers. *Journal of Health and Social Behavior*, 27, 193-208.
- Sadock, B. & Sadock, V. (2000). *Comprehensive textbook of psychiatry*. Philadelphia, Pa: Lippincott, Williams & Wilkins.
- Seligman, M.E.P. (1992). *Helplessness: On depression, development and death*. New York: W.H. Freeman.
- Stangler, R.S. & Printz, A.M. (1980). DSM-III, Psychiatric diagnosis in a university population. *American Journal of Psychiatry*, 137, 937-940.
- Turkington, C.A. & Probst, S.J. (2000). *Unofficial guide to women's health*. John Wiley & Sons.
- Weissman, M.M., Bland, R.C., Canino, G.J., Faravelli, C., Greenwald, S. & Hwu, H.G. (1996). Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. *JAMA*, 276 (4), 293-9.
- Weissman, M.M., Kidd, K.K. & Prusoff, B.A. (1982). Variability in rates of affective disorders in relatives of depressed and normal probands. *Archives of General Psychiatry*, 39, 1397-1403.
- Weissman, M.M. & Klerman, G.L. (1977). Sex differences and the epidemiology of depression. *Archives of General Psychiatry*, 34, 98-111.
- Weissman, M.M. & Klerman, G.L. (1985). Gender and depression. *Trends in Neurosciences*, 8, 416-420.
- William, J.B.W. & Spitzer, R.L. (1983). The issue of sex bias in DSM-III. *American Journal of Psychiatry*, 38, 793-798.
- Winokur, G. (1973). Depression in menopause. *American Journal of Psychiatry*, 130, 92-93.
- Winokur, G. (1979). Unipolar depression: Is it divisible into autonomous subtypes? *Archives of General Psychiatry*, 39, 47-52.
- Yonkers, K.A. & Hamilton, J.A. (1996). Sex Differences in Pharmacokinetics of Psychotropic Medications. In F.M. Jensvold, U. Halbreich & J.A. Hamilton (Eds.). *Psychopharmacology and women: Sex, gender, and hormones*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- Young, M., Scheftner, W.A, Fawcet, J., et al. (1990). Sex differences in the clinical features of major depressive disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 178, 200-203.