

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



# افسردگی مردان

## جنبه های زیستی و روانشناختی

---





---

سرشناسه	:	دادفر، فرشته، ۱۳۵۶ -
عنوان و نام پدیدآور	:	افسردگی مردان: جنبه‌های زیستی و روانشناختی/ تالیف فرشته دادفر، محبوبه دادفر، پیرحسن کولیوند؛ برای مرکز تحقیقات علوم اعصاب شفا، بیمارستان فوق تخصصی خاتم‌الانبیاء(ص).
مشخصات نشر	:	تهران: میرماه، ۱۳۹۳.
مشخصات ظاهری	:	۷۶ ص: مصور (بخشی رنگی).
شابک	:	۶۷۰۰۰ ریال : ۴-۰۸۹-۳۳۳-۶۰۰-۹۷۸
وضعیت فهرست نویسی	:	فیبا
موضوع	:	افسردگی مردان
شناسه افزوده	:	دادفر، محبوبه، ۱۳۴۶ -
شناسه افزوده	:	کولیوند، پیرحسین، ۱۳۵۰ -
شناسه افزوده	:	بیمارستان تخصصی و فوق تخصصی خاتم‌الانبیاء (ص)
شناسه افزوده	:	بیمارستان تخصصی و فوق تخصصی خاتم‌الانبیاء (ص). مرکز تحقیقات علوم اعصاب شفا
رده بندی کنگره	:	۷ ۱۳۹۳ الف۵۲۴/۵۲۴۳۷ RC
رده بندی دیویی	:	۶۱۶/۸۵۲۷۰۰۸۱
شماره کتابشناسی ملی	:	۳۶۵۲۴۹۰

---

# افسردگی مردان

## جنبه های زیستی و روانشناختی

تألیف:

محبوبه دادفر

دانشجوی دکترای روانشناسی بالینی  
دانشگاه علوم پزشکی ایران - پردیس بین الملل

دکتر فرشته دادفر

عضو هیئت علمی دانشگاه پیام نور

پیر حسین کولیوند

معاون مرکز تحقیقات علوم اعصاب شفا



میراث

۱۳۹۳ شمسی



بیمارستان فوق تخصصی  
خاتم الانبیاء (ص)

## افسردگی مردان جنبه های زیستی و روانشناختی



مرکز  
تحقیقات  
علوم  
عصاب  
شفا

تألیف: دکتر فرشته دادفر، محبوبه دادفر، پیرحسین کولیوند

ناشر: میرماه

گرافیک جلد و متن: مهدیه ناظم زاده

لیتوگرافی و چاپ: قائم چاپ جوربند

صحافی: عطف

نوبت و سال انتشار: نخست/ ۱۳۹۳

شمارگان: ۵۰۰ نسخه

قیمت: ۶۷۰۰ تومان

شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۳۳۳-۰۸۹-۴

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

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

تلفن: ۸۸۸۸۴۰۴۰

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

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

## پیشگفتار

افسردگی از جمله عوامل تهدید کننده جدی سلامتی انسان امروزه به حساب می آید. بسیاری از مردان معروف در طول تاریخ و تا به امروز از بیماری افسردگی رنج می بردند مانند اوون ویلسون (Owen Wilso)، باز آلدترین (Buzz Aldrin)، تری برادشاو (Terry Bradshaw)، اف. اسکات فیتز جرال (F. Scott Fitzgerald)، دیو ماتیوز (Dave Matthews)، آنتونی هاپکینز (Anthony Hopkins)، جیمز تیلور (James Taylor)، ترنت ریزنور (Trent Reznor) از گروه راک یا ناخن های نه اینچی (band Nine Inch Nail) و وینستون چرچیل (Winston Churchill). افسردگی مردان یک بیماری با عواقب ویرانگر است. امروزه افسردگی یک بیماری همه گیر در حال افزایش در کشور امریکا است. بنا به گفته موسسه ملی بهداشت روان (National Institute of Mental Health (NIMH)، افسردگی سالانه بر نزدیک به ۶ میلیون مرد، تاثیر می گذارد. نتیجه یک پژوهش متمرکز بر گروه NIMH نشان داد که مردان داشتن علائم افسردگی را پذیرفتند ولی به افسرده حال بودن، بی اعتنا بودند. علاوه بر این، بسیاری از آنها آنچه که جزء علائم افسردگی به حساب می آمدند، را نادیده می گرفتند. مردان افسردگی را به خوبی پنهان می کنند. افسردگی علایمی مانند بیماری سرماخوردگی دارد، اما بر خلاف افراد دچار سرماخوردگی، علائم افسردگی می تواند متفاوت باشد. علائم بر اساس سن، جنس و از فردی به فرد دیگر تفاوت دارد. درمان ها نیز به اندازه علائم متفاوت هستند. افسردگی مردان اغلب یک موضوع به اشتباه درک شده است که تقریباً بحث در مورد آن تابو است. افسردگی مردان واقعی است و روز به روز زندگی مردان و خانواده های آنها را تحت تاثیر قرار می دهد.

اریک لاند (۲۰۱۱) گزارش داد که انتظار می رود افسردگی مردان رو به افزایش باشد و در سال های آینده به دلیل فشارهای اجتماعی و اقتصادی در حال رشد، افسردگی مردان، برای بیشتر آمریکایی ها یک عامل مشکل زا بشود. در سرمقاله نوشته شده به مجله روانپزشکی بریتانیا، یک سری از کارشناسان نگرانی های مشترک خود را در این مورد مطرح کردند: «مردان غربی، به ویژه افراد دارای سطح تحصیلات پایین، در قرن بیست و یکم با یک راه دشوار مواجهه خواهند شد. به طور متوسط، این ممکن است برای مردان، جهت سازگار شدن با نقش خانوادگی دشوارتر شود تا برای زنان، جهت سازگاری با نقش کاری.»

افسردگی مردان یک وضعیت پزشکی جدی است، اما بسیاری از مردان سعی می کنند آن را نادیده بگیرند و یا از درمان آن امتناع کنند. شناسایی این سندرم از این جهت اهمیت دارد که اکثر مردان نمی خواهند

آن را در خود ببینند زیرا انکار، اساسی‌ترین دفاع روانشناختی آنها است. علائم افسردگی مردان گاهی اوقات به سختی کشف می‌شود زیرا بسیاری از مردان به روش‌های مختلفی، احساسات خود را پنهان می‌کنند، اما نشانه‌های مشخصی برای بررسی و شناسایی افسردگی مردان وجود دارد. علائم قابل مشاهده افسردگی، آن‌گونه که در زنان شناخته شده هستند، در مردان به‌خوبی شناخته نشده‌اند. مردان کمتر احتمال دارد نشانه‌های معمول افسردگی مانند گریه کردن، غم و اندوه، از دست دادن علاقه به فعالیت‌های که قبلاً لذت بخش بوده‌اند، یا بیان کلامی افکار خودکشی را نشان دهند. افسردگی در مردان ممکن است باعث شود آنها احساسات خود را پنهان نگه دارند. به جای ابراز خلق افسرده، آنها ممکن است بیشتر تحریک پذیر و پرخاشگر بشوند. استفاده از راهبردهای مقابله‌ای ناسالم در یک مرد ممکن است سرنخ‌هایی باشند که نشان دهنده ابتلای وی به افسردگی است. توجه به این واقعیت اهمیت دارد که اکثر مردان فقط زمانی که از طرف افراد مهم زندگی‌شان برای انجام درمان تحت فشار قرار می‌گیرند، به دنبال کمک می‌روند.

در یک نظرسنجی که در سال ۱۳۸۷ در ایران انجام شد، ۳۴٪ از شرکت‌کنندگان دچار افسردگی بودند. این نظرسنجی در مقایسه با نظرسنجی مشابهی که در سال ۱۳۷۸ انجام گرفته بود و این میزان را ۲۲٪ گزارش کرده بود، ۱۲٪ رشد را در گسترش استرس و اضطراب در ایران نشان می‌دهد که جای نگرانی دارد (ایازی، ۱۳۸۹). شناخت ابعاد مختلف افسردگی در مردان و پی بردن به تفاوت‌های موجود بین آنها و زنان می‌تواند متخصصان مراقبت‌های بهداشتی و بهداشت روانی کشور را در پیشگیری، تشخیص و درمان عوامل اساسی‌تر اختلال افسردگی یاری رساند.

**مؤلفین**

۱۳۹۳ شمسی



## فهرست

۱۱	علائم و نشانه‌های افسردگی مردان.....
۱۴	افسردگی پنهان.....
۱۷	تفاوت بین افسردگی مردان و زنان.....
۲۰	افسردگی در مردان جوان.....
۲۰	افسردگی در مردان میانسال.....
۲۰	افسردگی در مردان سالمند.....
۲۱	یائسگی مردان.....
۲۱	مردان، افسردگی و خودکشی.....
۲۳	علل افسردگی.....
۳۰	شرایط همراه با افسردگی.....
۳۱	انواع افسردگی.....
۳۸	افسردگی مردان اغلب تشخیص داده نمی‌شود.....
۴۰	عقاید/تصورات غلط.....
۴۱	پیامدهای افسردگی درمان نشده مردان.....
۴۳	عوامل خطر بازگشت افسردگی.....
۴۳	شواهد پژوهشی.....
۴۷	درمان افسردگی.....
۶۳	راهبردهای خود یاری.....
۶۴	تمرین مهارت‌های سالم برای مقابله با افسردگی.....
۶۵	راهبردهای مقابله‌ای سالم و ناسالم.....
۶۵	سایر روش‌ها برای درمان افسردگی.....
۶۷	منابع.....
۷۳	پیوست.....
۷۳	جدول سنجش فعالیت‌های مورد علاقه.....



### علائم و نشانه‌های افسردگی مردان

آیا احساس تحریک پذیری، انزوا یا گوشه‌گیری می‌کنید؟ آیا خودتان را تمام وقت به کار مشغول می‌کنید؟ آیا بیش از حد الکل می‌نوشید؟ آیا از داروهای خیابانی استفاده می‌کنید؟ آیا با انجام فعالیت‌های مخاطره آمیز به دنبال هیجان هستید؟.

اگر چنین است، شاید دچار آن چیزی شده‌اید که وینستون چرچیل "سگ سیاه خود"، نامید، یک افسردگی که در زمان‌هایی ناتوان کننده می‌شد. چرچیل سعی کرد سگ سیاه را با کار زیاد اجباری و نوشیدن حجم انبوهی براندی (نوعی نوشیدنی الکلی) از خود دور کند. راهبرد مقابله‌ای شما ممکن است شامل رانندگی بی‌پروا، رابطه جنسی گاهگاهی، یا بستن در دنیا بر روی خودتان باشد.

اما هیچ یک از این راهبردها نمی‌تواند سگ سیاه را برای مدت طولانی از شما دور کند. حتی اگر افسردگی درمان نشده به وسیله الکل و مواد تشدید نشود، یک اختلال جدی پزشکی خواهد بود. تیرگی افکارتان، زندگی شخصی و حرفه‌ای تان را تضعیف می‌کند و شما را در معرض خطر فزاینده سایر بیماری‌ها قرار می‌دهد.

علائم و نشانه‌های افسردگی می‌تواند در مردان و زنان متفاوت باشد. مردان در مقایسه با زنان، تمایل به استفاده از مهارت‌های مقابله‌ای مختلفی - هم سالم و هم ناسالم - دارند. روشن

نیست که چرا مردان و زنان ممکن است افسردگی را به گونه‌ای متفاوت تجربه کنند. احتمال دارد تعدادی از عوامل شامل مواد شیمیایی مغزی، هورمون‌ها و تجربه‌های زندگی در این امر دخیل باشند.

مانند زنان، مردان مبتلا به افسردگی ممکن است احساس غم کنند یا ممکن است از فعالیت‌هایی که زمانی لذت می‌بردند، دیگر لذت نبرند. اما علائم و نشانه‌های شایع دیگری در مردان دیده می‌شود که ممکن است به عنوان علائم و نشانه‌های افسردگی شناسایی و تشخیص داده نشوند:

- رفتار فرار گونه مانند صرف زمان زیاد برای کار یا ورزش
- سوء مصرف الکل یا مواد
- کنترل کردن، رفتار خشونت آمیز یا توهین آمیز
- خشم نامتناسب با موقعیت
- رفتار پرخطر مانند رانندگی بی پروا
- خیانت یا روابط جنسی ناسالم

اکثر مردان برای متمرکز شدن روی پیشرفت و موفقیت آموزش می‌بینند، به طوری که احساس می‌کنند مدام تحت فشار هستند تا برای رسیدن به پیشرفت و موفقیت، همه کارها را به خوبی انجام دهند. اما اگر آنها شکست را در خانه یا در محل کار تجربه کنند، ممکن است ناراحتی‌های شان را درون خود بریزند. زنان - از جمله زنانی که روی پیشرفت و موفقیت تمرکز می‌کنند - معمولاً برای جستجوی کمک احساس آزادی می‌کنند. این ممکن است این درک طولانی را به ذهن بیاورد که افسردگی در درجه اول یک "بیماری زنانه" است.

هم در مردان و هم در زنان، علائم و نشانه‌های شایع افسردگی شامل خلق پایین افسرده، خواب ناکافی و احساس غم و اندوه، احساس گناه و بی‌ارزشی هستند. با این حال، مردان افسرده حملات گریه کردن را اغلب کمتر از زنان افسرده دارند. در عوض، مردان افسرده بیشتر احتمال دارد دارای علائم و نشانه‌های زیر باشند:

- خشمگین شدن / عصبانیت و احساس ناکامی کردن

- رفتار خشونت آمیز
- اقدام به مخاطرات جدی مانند رانندگی بی پروا و روابط جنسی خارج از زندگی زناشویی
- اجتناب از خانواده، دوستان و فعالیت‌های لذت بخش
- شکایت از خستگی
- از دست دادن علاقه به کار، سرگرمی و رابطه جنسی

پژوهشگران سوئدی یک "سندرم افسردگی مردان" را شناسایی کرده‌اند که شامل افزایش حساسیت به استرس، دوره‌ها/حملات ناگهانی خشم، کنترل تکانه پایین تر، رفتار ضد اجتماعی، بی تصمیمی، و احساس فرسودگی و تهی بودن هستند. اما آزمون‌های تشخیصی استاندارد ممکن است این علائم و نشانه‌های غیر معمول را تشخیص ندهند. بنابراین اگر متوجه شدید که این ویژگی‌ها در شما در حال رشد هستند، باید در مورد آنها با دکتر خودتان صحبت کنید.

به این دلایل، بسیاری از مردان، و همچنین پزشکان و سایر متخصصان مراقبت‌های بهداشتی، موفق به تشخیص مشکل افسردگی نمی‌شوند. برخی از متخصصان بهداشت روانی ذکر می‌کنند که اگر علائم افسردگی به علائمی مانند خشم، سرزنش، هجوم/حمله کردن، و سوء مصرف الکل گسترش پیدا کند، مردان بیشتر ممکن است تشخیص افسردگی را دریافت کنند و به طور مناسبی درمان شوند.

در مردان، علائم افسردگی می‌تواند با خشم ظاهر شود تا با احساس غمگینی. علائم افسردگی ممکن است شامل خشونت بیش از حد، سوء مصرف مواد، انجام کارهای بی پروا، دوری از همه افراد، ناتوانی در تمرکز و بی‌زاری ناگهانی از کار یا سرگرمی‌ها باشد. استرس شغلی غالباً دلیلی برای افسردگی مردان است، و تعداد زیادی از مردان نیز ممکن است علائم فیزیکی مانند درد در ناحیه بدن داشته باشند.

سابقه مصرف الکل یا سوء مصرف مواد در میان مردان مبتلا به افسردگی شایع است، هر چند بحث بر سر این موضوع وجود دارد که آیا سوء مصرف مواد علت افسرده بودن است یا

نتیجه آن. سوء مصرف مواد قطعاً می‌تواند بر افسردگی ماسک بزند و آن را پنهان کند یعنی ایجاد شرایطی سخت تر برای تشخیص افسردگی.

سوء مصرف الکل یا مواد می‌تواند تعدادی از نشانه‌هایی باشد که یک مرد ممکن است دچار افسردگی شده باشد. مایو کلینیک گزارش می‌دهد که سایر رفتارها برای توجه به افسردگی عبارتند از کار کردن بیش از حد یا صرف زمان زیاد برای فعالیت‌های ورزشی، رفتار خشونت آمیز یا سوء استفاده گرانه، رابطه جنسی نامناسب یا افکار خودکشی. این علائم به طور غیر مستقیم می‌توانند ارتباط مردان در خصوص ابتلاء به بیماری افسردگی را مورد چالش قرار دهند و می‌تواند تشخیص مناسب و درمان‌های متعاقب آن را به تعویق بیندازند.

تغییر ناگهانی در رفتار و نگرش می‌تواند علامتی از افسردگی در مردان باشد. مردان همچنین ممکن است به طور فزاینده‌ای تحریک پذیر، منزوی و گوشه گیر بشوند. غیر معمول نیست که یک مرد افسرده، تفریح یا سرگرمی مورد علاقه خود را متوقف کند. در بسیاری از موارد، افراد مبتلا به افسردگی، از جمله مردان، به وسیله مصرف مواد و الکل، اقدام به خود درمانی می‌کنند. افزایش یا کاهش ناگهانی اشتها نیز علامت دیگری است که در برخی از مردان مبتلا به افسردگی رخ می‌دهد. معذالک، سایر مردان از رفتارهای فرارگونه‌ای مانند اضافه کاری یا کار تمام وقت و صرف زمان بیشتر، صرفاً در تلاش برای پنهان کردن افسردگی خود، استفاده می‌کنند. رفتار خشونت آمیز یا توهین آمیز نیز می‌تواند یک علامت باشد.

### افسردگی پنهان (Hidden depression)

افسردگی غالباً "بیماری زنانه" در نظر گرفته می‌شود زیرا بر زنان بیشتر از مردان تاثیر می‌گذارد و میزان ابتلا زنان به افسردگی، در مقایسه مردان چهار به یک است. با این حال، افسردگی مردان ممکن است شایع تر از آنچه باشد که گزارش می‌شود (ریل، ۲۰۰۰).

بسیاری از مردان سعی می‌کنند وضعیت خودشان را پنهان کنند، با این طرز فکر که رفتار دمدمی، یک رفتار غیرمردانه است. مطالعات ملی در امریکا نشان می‌دهد که پزشکان در ۷۰٪

## افسردگی مردان: جنبه‌های زیستی و روانشناختی / ۱۵

کل زمانی تشخیص اشتباه می‌دهند، اما افسردگی همچنان پنهان می‌ماند زیرا مردان تمایل دارند افسردگی را به طور متفاوتی از زنان بیان کنند.

تحقیقات نشان می‌دهد که زنان معمولاً ناراحتی را درونی می‌کنند، در حالی که مردان آن را بیرونی می‌کنند. زنان افسرده بیشتر احتمال دارد تا در مورد مشکلات شان صحبت کنند و به کمک تخصصی دسترسی پیدا کنند، مردان افسرده اغلب تحمل کمتری برای درد درونی دارند و برای رهایی از افسردگی اقدام به انجام برخی کارها یا مصرف مواد می‌کنند.

افسردگی مردان، به دلیل دفاع‌هایی که مردان برای اداره آن به کار می‌گیرند، آشکار نیست، آنچه ریل (۲۰۰۰) "افسردگی پنهان" نامید. افسردگی پنهان سه علامت اساسی دارد: اول، مردان برای فرار از درد اقدام به استفاده بیش از حد از الکل یا مواد، کار بیش از حد یا جستجوی روابط خارج از زندگی زناشویی می‌کنند.

دوم، آنها از افراد محبوب خود منزوی می‌شوند و از آنها دوری می‌کنند.

سوم، آنها ممکن است با تحریک پذیر و خشن شدن، به دیگران حمله کنند و به آنها آسیب بزنند.

همچنین علل افسردگی در زنان و مردان متفاوت است. در حالی که زنان افسرده اغلب احساس عدم توانمندی می‌کنند، مردان افسرده احساس قطع ارتباط از نیازهایشان و از دیگران می‌کنند. این مسئله از دوران کودکی شروع می‌شود، به طوری که از ابتدا جامعه به پسران دور شدن از مادران، هیجان‌ها و عواطف و آسیب‌پذیری‌های شان را آموزش می‌دهد.

برقراری مجدد ارتباط، امری کلیدی است. درمان ابتدا به حل خشونت یا رفتارهای خود درمانی - روابط خارج از روابط زناشویی، نوشیدن افراطی الکل و کار افراطی - نیاز دارد به طوری که بتواند با شرایط زیربنایی دست و پنجه نرم کند. اما درمان نهایی بر برقراری مجدد ارتباط استوار است. آرمان زهد مردانه و متعاقب آن انزوا، ریشه در افسردگی مردان دارد. صمیمیت، پایدارترین راه حل است.

مردان ممکن است دقیقاً از سیاره مریخ باشند و زنان از سیاره ونوس، اما هر دو جنس به وضوح همان سیاره را از طریق سیستم‌های عامل متفاوتی تجربه می‌کنند.

پسران و مردان صدمه و آسیب را درونی سازی می‌کنند یا "افسردگی پنهان"، یک نوار روانی اطراف قلبی که قربانیان آن با درگیر شدن در رفتارهای اعتیاد آور مخرب - از الکل سنتی و وابستگی دارویی گرفته تا روابط خارج از زندگی زناشویی تا کار افراطی تا غفلت کردن یا سوء استفاده کردن از کودکان خود- به آن پاسخ می‌دهند. به طور معمول، آنها قادر به ایجاد سرمایه گذاری عاطفی لازم برای حفظ یک رابطه عاشقانه پایدار با همسر یا با بچه‌های خود نیستند.

اینها افرادی نیستند که به خواست خودشان تحت درمان قرار بگیرند. زیرا باید تحت درمان قرار بگیرند به این دلیل که یا دادگاه‌ها آنها را فرستاده است یا به خاطر اتمام حجت همسرانشان برای درمان شدن، مراجعه نموده‌اند. بسیاری از آنها بی‌کی خوش شانس هستند، قبل یا طی انتقال اجتناب ناپذیر "افسردگی پنهان" آنها به "افسردگی آشکار"، فردی برای کمک به آنها وجود دارد.

افسردگی آشکار زمانی بروز پیدا می‌کند که رفتارهای اعتیاد آور یک مرد، آسیب و صدمه را دیگر کاهش نمی‌دهد. افسردگی آشکار گاهی اوقات در اواسط درمان اتفاق می‌افتد، پس از اینکه دفاع‌های مراجع شناسایی شده‌اند. دارو اغلب بخشی از درمان است، اما وقتی بهترین پاسخ نسبی را نشان می‌دهد که "یک مرد فاقد مهارت ارتباطی ناپخته ناشاد" با مصرف دارو بهتر شود و تبدیل شود به "یک مرد فاقد مهارت ارتباطی ناپخته شادتر".

ریل (۲۰۰۰) افسردگی را به عنوان یک "بیماری خود تهاجمی"، حمله به خود توصیف می‌کند. بهبودی در ارتباط با صدمه و ضربه‌ای می‌باشد که در زیر نهفته است. پسران به اندازه دختران احساس می‌کنند، اما این پیام نادری است که ما به آنها ارسال می‌کنیم. در نهایت، "پسران، به مردانی با شاخه‌های قطع شده یا فاقد حرکت، دارای بخش‌های روانی بسیار حساس، و در برخی از موارد، خودهای فیزیکی بسیار حساس"، تبدیل می‌شوند.



### تفاوت بین افسردگی مردان و زنان

به تعدادی دلایل، وقتی که در مورد ابتلاء به افسردگی صحبتی به میان می‌آید، بسیاری از ما ابتدا به زنان فکر می‌کنیم. شاید به این دلیل که زنان دارای میزان بالاتری از افسردگی هستند، یا شاید آنها به سادگی تمایل بیشتری برای پذیرفتن یا تشخیص علائم افسردگی دارند تا مردان. همچنین تصور می‌شود زنان، به دلیل چرخه‌های قاعدگی و بعدها یائسگی شان، بیشتر مستعد داشتن خلق‌های بی‌ثبات و نوسانی هستند.

در حالیکه افسردگی بالینی زمانی یک «بیماری زنانه» تلقی می‌شد، بیش از ۶ میلیون مرد در ایالات متحده، حداقل یک دوره افسردگی اساسی را در طول یکسال دارند. متأسفانه، وجود این طرز تصور طولانی، یعنی افسردگی به‌عنوان یک وضعیت زنانه، ممکن است از تشخیص علائم و جستجوی درمان افسردگی مردانی که از نظر بالینی افسرده هستند، جلوگیری کند.

پژوهشگران در حال کشف تفاوت‌های ژنتیکی مهم به طریقی که افسردگی بر مردان و زنان تاثیر می‌گذارد، می‌باشند. برای مثال، تنها سه ناحیه از ۱۹ منطقه مختلف شناسایی شده مرتبط با افسردگی در کروموزوم‌های انسان، در هر دو جنس مشترک هستند. ۱۶ ناحیه دیگر یا مختص به مردان هستند یا ویژه زنان.

افسردگی در واقع بر هر دو جنس تاثیر می‌گذارد. افسردگی روابط را مختل می‌کند و در کار و فعالیت‌های روزانه مداخله می‌کند. علائم افسردگی در مردان مشابه با علائم افسردگی در زنان است، اما مردان تمایل دارند تا این علائم را به طور متفاوتی بیان کنند. شایع‌ترین علائم افسردگی عبارتند از عزت نفس پایین، افکار خودکشی، از دست دادن علاقه به فعالیت‌های لذت بخش معمولی، خستگی، تغییر در اشتها، اختلال‌های خواب، بی‌تفاوتی و مشکلات جنسی مانند میل جنسی کاهش یافته. در زنان، افسردگی ممکن است باعث شود آنها احساس غمگینی و هیجانی و عاطفی کنند. از سوی دیگر، افسردگی در مردان ممکن است باعث شود آنها تحریک پذیر، پرخاشگر یا خصمانه شوند.

اگر چه مردان و زنان می‌توانند نشانه‌های استاندارد افسردگی (سردرد، ناراحتی‌های گوارشی و درد شدید) را نشان دهند، آنها افسردگی را به طور متفاوتی تجربه می‌کنند و با آن

کنار می‌آیند. مردان بیشتر مستعد پذیرفتن نشانه‌های خستگی و تحریک پذیر بودن هستند تا پذیرفتن احساس بی‌ارزشی، ناامیدی، غم و احساس گناه. هنگامی که بسیاری از مردان افسرده می‌شوند، به جای جستجوی درمان افسردگی شان، به مصرف الکل یا مواد روی می‌آورند، یا ممکن است ناکامی/سرخوردگی، خشم و خشونت را نشان بدهند. در امریکا، نرخ مردانی که به‌وسیله خودکشی می‌میرند، چهار برابر نرخ زنان است. خودکشی اغلب با افسردگی مرتبط است و بسیاری از مردان به دنبال تشخیص یا درمان لازم که می‌تواند زندگی آنها را نجات دهد، نیستند.

در جامعه امروز زنان دو برابر احتمال دارد تشخیص افسردگی دریافت کنند- اما دلایل پشت این واقعیت نامشخص باقی می‌ماند. یک نیروی عمده پشت افزایش مورد انتظار در افسردگی برای مردان، به دلیل رکود گسترده اقتصادی است. حتی بعضی‌ها به شوخی، رکود اقتصادی را یک "واگذاری مردانه" (mancession) می‌نامند زیرا رکود اقتصادی به شغل‌های مرد سالارانه به‌ویژه دشوار و سخت مانند ساخت و ساز و تولید، ضربه زده است.

در حالی که مردان در حال از دست دادن شغل‌های خود هستند، بسیاری از زنان در حال استفاده از این فرصت زمانی برای مطالبه کردن سطوح بالاتر آموزشی هستند که این امر می‌تواند منجر به افسردگی بیشتر مردان در آینده شود.

بسیاری از مردان در حال برنامه ریزی از لحاظ روانی، برای منبع اولیه درآمد شدن در یک خانواده هستند. در صورتی که تعادل به خطر بیفتد، افسردگی یکی از شایع‌ترین واکنش‌ها برای مردانی که بعدها روی چیزهای در حال اجرای پیرامون خانه متمرکز می‌شوند، خواهد شد (سمپوزیوم نابرابری‌های بهداشتی در افسردگی مردان (۲۰۰۷)).

اغلب سوالاتی وجود دارد برای زنان مضطربی که نگران هستند که چه اتفاقی دارد برای شوهران یا شریک یا همکاران می‌افتد و آنها چگونه می‌توانند کمک کنند. مردان بیشتر آشفتگی درونی خود را برون‌ریزی می‌کنند در حالی که زنان با احتمال بیشتری احساسات خود را به درون می‌ریزند. جدول زیر از کتاب یائسگی مردان جد دایموند، تفاوت‌های بین افسردگی مردان و زنان را نشان می‌دهد.

جدول ۱ تفاوت بین افسردگی مردان و زنان

مردان	زنان
سرزنش دیگران	سرزنش خودشان
احساس خشم، تحریک پذیری و خود باد کرده	احساس غم، بی تفاوتی و بی ارزشی
احساس مشکوک و محافظت	احساس اضطراب و ترس
ایجاد تعارض و تضادها	اجتناب از تعارض‌ها و تضادها در تمام موارد
خصوصیت آشکار یا پنهان	همیشه سعی می‌کنند خوب به نظر برسند.
حمله‌ها به هنگام احساس آسیب	گوشه‌گیری‌ها به هنگام احساس آسیب
توقع احترام از دیگران دارند.	با احترام به خود مشکل دارند.
احساس می‌کنند دنیا شکست را برای آنها به وجود می‌آورد.	احساس می‌کنند برای شکست خوردن متولد شده‌اند.
بی‌قرار و آشفتگی و تهییجی بودن	کندی و عصبی بودن
وقت نگهدار زمان اجباری	procrastinator مزمن
خواب خیلی کم	خواب بیش از حد
نیاز به کنترل در همه موارد	اشکال در تنظیم مرزها
برای اینکه چه کسی هستند، احساس شرم‌منده بودن می‌کنند.	برای آنچه انجام می‌دهند، احساس گناه می‌کنند.
اگر به اندازه کافی تحسین و ستایش نشوند، دچار ناکامی می‌شوند.	ناراحت از دریافت تحسین و ستایش
از صحبت کردن در مورد نقاط ضعف و شک و تردید، وحشت زده و هراسان می‌شوند.	صحبت کردن در مورد نقاط ضعف و شک و تردید برای آنها آسان و راحت است.
ترس قوی از شکست	ترس قوی از موفقیت
نیاز به "موفق و مسلط بودن" برای احساس امنیت پیدا کردن	نیاز به "تلاش کردن" برای احساس امنیت پیدا کردن
استفاده از الکل، تلویزیون، ورزش و رابطه جنسی برای خود درمانی	استفاده از غذا، دوستان و "عشق" برای خود درمانی
باور به اینکه مشکلات می‌توانستند حل شوند، فقط اگر (همسر، همکار، والدین و دوست) آنها رفتار بهتری با آنها داشته باشند.	باور به اینکه مشکلات می‌توانستند حل شوند، فقط اگر آنها می‌توانستند (همسر، همکار، والدین و دوستان) بهتری باشند.
مدام در شگفت است که "آیا من به اندازه کافی دوست داشته می‌شوم؟"	مدام در شگفت است که "آیا من به اندازه کافی دوست داشتنی هستم؟"

اقتباس از کتاب یائسگی مردان جد دایموند

### افسردگی در مردان جوان

دختران ۱۴ ساله یا بزرگتر دو برابر پسران این گروه سنی، افسردگی اساسی را تجربه می‌کنند. با این حال، پسران مانند دختران، نوجوانان و مردان بالغ در معرض خطر یکسانی برای ابتلا به اختلال دو قطبی هستند. یک جوان افسرده ممکن است برای رفتن به مدرسه، ادعای بیماری بیش از حد کند، نگران باشد که والدینش خواهد مرد و بیش از حد به آنها وابسته شود. مانند یک کودک بزرگتر، او ممکن است قهر کند، به راحتی برآشفته شود، طرز فکر منفی پیدا کند، برای رفتن به مدرسه دچار مشکل شود یا احساس کند هیچ کس او را درک نمی‌کند.

### افسردگی در مردان میانسال

هنگامی که مردان به سن چهل و پنجاه سالگی می‌رسند، گاهی اوقات افسردگی را تجربه می‌کنند. افسردگی ممکن است ناشی از تغییرات جسمی خاصی مانند چاق تر شدن اطراف ناحیه میانی بدن، نیاز به عینک مطالعه برای خواندن روزنامه و مقاله و سفید شدن موی سر باشد.

### افسردگی در مردان سالمند

با مسن شدن، مردان مجبور به مقابله با انواع استرس‌ها هستند. اگر مردی به طور قابل ملاحظه‌ای، به واسطه شغلش تعریف شود و نان آور خانواده اش باشد، همچنانکه مسن می‌شود، ممکن است برای رویور شدن با بازنشستگی دچار مشکل شود. از دست دادن نقشی که او به واسطه آن شناخته شده است، تقریباً برای وی دشوار است. در نتیجه، او ممکن است عزت نفس خود را از دست بدهد. مسائل سلامتی و از دست دادن خانواده و دوستان نیز ممکن است باعث شود او به سمت افسردگی رود. او احتمالاً احساسات هیجانی/عاطفی خود را از سوگ و از دست دادن بیان نخواهد کرد ولی به‌جای آن، ممکن است از علائم فیزیکی شکایت کند.

## یائسگی مردان

یائسگی مردان یا آندروپوز، کاهش تستوسترون است که به تدریج در مردان مسن اتفاق می‌افتد. گرچه این وضعیت ممکن است فقط به عنوان نشانه دیگری از پیری، افزایش پیدا کند، مردان باید به این واقعیت آگاهی داشته باشند که افسردگی، خستگی و دمدمی بودن آنها می‌تواند نشانه‌ای از آندروپوز باشد. اکثر مردان بین سنین ۴۰ و ۵۵ سالگی آندروپوز را تجربه می‌کنند.

شایع‌ترین مشکل همراه با یائسگی مردان، افسردگی است که تقریباً با ناتوانی جنسی و مشکلات جنسی مردان مرتبط است. تقریباً ۴۰٪ از مردان در ۴۰، ۵۰ و ۶۰ سالگی خود درجاتی از دشواری در رسیدن و حفظ نعوظ، بیحالی، افسردگی، افزایش تحریک پذیری و نوسانات خلقی را تجربه خواهند کرد که یائسگی در مردان را مشخص می‌کند. به نقل از کتاب یائسگی مردان جد دایموند:

- ۸۰ درصد از خودکشی کنندگان در ایالات متحده مردان هستند.
- میزان خودکشی مردان در میانسالی سه برابر بیشتر و برای مردان بالای ۶۵ سال، هفت برابر بالاتر است.
- سابقه افسردگی، خطر خودکشی را هفتاد و هشت برابر بیشتر می‌کند (سوئد).
- ۲۰ میلیون آمریکایی افسردگی را گاهی اوقات در طول عمر خود تجربه خواهند کرد.
- ۶۰-۸۰٪ از بزرگسالان افسرده هرگز کمک تخصصی را دریافت نمی‌کنند.
- افسردگی می‌تواند ده سال طول بکشد و شاید ویزیت سه متخصص لازم باشد تا بتوانند این اختلال را به درستی تشخیص دهند.
- حدود ۹۰-۸۰٪ از مردم برای رهایی از علائم افسردگی خود به دنبال کمک هستند.

## مردان، افسردگی و خودکشی

افسردگی یک اختلال روانی مقوله بندی شده با احساسات عمیق و بی تحرک است که با یک رویداد خاص در زندگی فرد قابل توضیح نیست. افسردگی می‌تواند باعث گوشه گیری

و بی‌مسئولیت شدن فرد یا استفاده فرد از مواد، به عنوان مکانیسم‌های مقابله‌ای شود. مشخص شده است که این اختلال سالیانه بر زنان دو برابر مردان تاثیر می‌گذارد، اما بسیاری بر این باورند که این موضوع به این دلیل است که مردان تمایل کمتری به جستجوی کمک برای درمان افسردگی دارند و مردها وقتی افسرده هستند، بیشتر از زنان احتمال دارد که مرتکب خودکشی شوند. نگران‌کننده‌ترین مسئله این است که خطر خودکشی در بین مردان افسرده چهار بار بیشتر است تا در بین زنان افسرده. گرچه زنان دو برابر احتمال ابتلا به افسردگی دارند، مردان چهار برابر احتمال دارد که از بدترین نتیجه افسردگی یعنی خودکشی رنج ببرند.

افکار خودکشی که با افسردگی همراه هستند، به ویژه برای مردان می‌توانند سلاح‌های کشنده خطرناکی بشوند. نرخ خودکشی کامل در مردان بالاتر است. مردان نسبت به زنان با احتمال بیشتری اقدام به خودکشی کامل می‌کنند. مردان تمایل به استفاده از روش‌هایی برای ارتکاب به خودکشی دارند که موثر هستند مانند اسلحه و حلق آویز کردن. مردان در مقایسه با زنان همچنین تمایل دارند روی افکار خودکشی بسیار سریعتر اقدام کنند. این موضوع فرصت زمانی بسیار کمی را در اختیار مردان قرار می‌دهد تا به جای روشی که در حال حاضر مشاهده می‌شود، خونسردی خود را حفظ کنند و مشکل را آنگونه که واقعاً هست، ببینند.

بیش از ۹۰ درصد افرادی که اقدام به خودکشی می‌کنند سابقه افسردگی، یا اختلال روانی دیگری یا اختلال سوء مصرف مواد، غالباً توأم را دارند. با شروع افسردگی در دوران نوجوانی، مردان به مراتب بیشتر از زنان به زندگی خود خاتمه می‌دهند. مردان مسن، به خصوص مردان سفید پوست بالای ۸۵ سال، بالاترین میزان خودکشی را دارند. اگرچه زنان اغلب سه برابر بیشتر از مردان اقدام به خودکشی می‌کنند، آنها کمتر احتمال دارد خودکشی کامل کنند. احتمال استفاده بیشتر مردان از ابزارهای کشنده مانند سلاح‌های گرم، تا حدی، برای این تفاوت در میزان خودکشی مطرح می‌شود، اما عوامل دیگری نیز دخیل هستند.

چنین عاملی ممکن است تمایل مردان را برای حرکت از افکار خودکشی به سمت اقدامات خودکشی، سریعتر از زنان بکند. به طور معمول، ماه‌ها یا سال‌ها فکر کردن در مورد خودکشی، ایجاد و اجرای یک برنامه را به حد اعلاء می‌رساند. مردان به طور متوسط ۱۲ ماه

## افسردگی مردان: جنبه‌های زیستی و روانشناختی / ۲۳

فکر اقدام به خودکشی می‌کنند، در مقایسه با ۴۲ ماه برای زنان. در این فرایند، مردان کمتر از زنان احتمال دارد علائم هشدار دهنده مانند تهدید به خودکشی را نشان دهند. از آنجا که پنجره فرصت زمانی کوتاه است، پزشکان و متخصصان بهداشت روانی ممکن است شانس کمی برای تشخیص و درمان افسردگی یک مرد، قبل از اینکه او اقدام به خودکشی کند را داشته باشند. هر کسی، اعم از مرد یا زن که در نظر دارد خودکشی کند یا دارای افکار خودکشی است، باید فوراً مراقبت‌های پزشکی دریافت کند.

### علل افسردگی

افسردگی می‌تواند به علل زیست شناختی / سابقه خانوادگی، محیطی، شرایط پزشکی/فیزیکی، عوامل روانی اجتماعی، تروما و استرس رویدادهای زندگی و تفکر و شناخت تحریف شده باشد.

### ژنتیک/سابقه خانوادگی

ژنتیک و سابقه خانوادگی افسردگی با علل افسردگی مرتبط هستند اما محدود به آن نیستند. اگر یک سابقه افسردگی در خانواده‌ها وجود دارد، ممکن است در ژن‌های یکسان مرتبط با افسردگی مشترک باشند. عدم تعادل مواد شیمیایی ممکن است ارثی باشد. پزشکان هنگام غربالگری افسردگی، سابقه خانوادگی افسردگی را ارزیابی خواهند کرد. افراد دارای سابقه افسردگی خانوادگی بیشتر مستعد علائم افسردگی هستند، به هر حال افراد دارای سابقه خانوادگی، نه همه آنها، این بیماری را به ارث خواهند برد. شیوع افسردگی در دوقلوهای یک تخمکی ۶۵٪ و در سایر دوقلوها ۱۹-۱۴٪ است که نقش عامل‌های ژنتیک را مشخص می‌کند. پژوهشگران چند ژن که ممکن است با اختلالات دو قطبی مربوط باشند را مشخص کرده‌اند، آنان به دنبال ژن‌هایی می‌گردند که با سایر اشکال افسردگی مرتبط باشند. اما همه افرادی که سابقه فAMILI افسردگی را دارند به این اختلال مبتلا نمی‌شوند.

### سروتونین و سایر نوروترانسمیترها

وجود اختلال نوروترانسمیتری در سطح سیناپس‌ها در بیماران افسرده مشاهده شده است. علاوه بر سروتونین، نوراپی نفرین و دوپامین در بیماران افسرده دچار اختلال شده‌اند. محمدصادقی، صاحب نگاه، کاظمی و همکاران (۲۰۱۴) و همچنین محمدصادقی، صاحب نگاه، خاکسار، کاظمی و همکاران (۲۰۱۴) نقش گیرنده D3 دپامین، لپو پولی ساکارید و BDNF را در افسردگی گزارش کردند.

### داروها

استفاده طولانی مدت از برخی داروها مانند داروهایی که جهت کنترل فشار خون استفاده می‌شوند یا قرص‌های خواب می‌توانند علائم افسردگی را در بعضی افراد ایجاد کنند.

### محیط

زندگی در یک محیط پر از کشمکش، سوء استفاده یا حتی فقر می‌تواند منجر به عزت نفس پایین شود و در ایجاد حملات افسردگی نقش داشته باشد. بیشتر اوقات فقدان عزت نفس می‌تواند افراد را به مسیرهای احساس نومی، افسردگی و احساس شکست بکشاند. گاهی اوقات افراد دارای عزت نفس پایین می‌توانند برای فرار از محیط استرس‌زایشان، در دام سوء مصرف مواد بیفتند یا در برخی از موارد افرادی که دچار سوء مصرف مواد و الکل هستند، مبتلا به افسردگی می‌شوند به این دلیل که موادی که آنها مصرف می‌کنند، مواد شیمیایی داخل مغز را تغییر می‌دهند و می‌تواند روی تغییرات خلق اثر بگذارند.

### شرایط پزشکی / فیزیکی

ابتلا به یک بیماری مزمن، مثل بیماری قلبی، سکته مغزی، دیابت، سرطان و آلزایمر یا میگرن باعث می‌شود که فرد در معرض خطر بیشتری برای افسردگی قرار بگیرد. مطالعات، یک ارتباط ثابت نشده بین افسردگی و بیماری قلبی را نشان می‌دهند. افسردگی در بسیاری از افرادی که حمله قلبی داشته‌اند اتفاق می‌افتد. افسردگی درمان نشده می‌تواند فرد را در معرض



خطر بیشتری برای مرگ، در سال‌های اول پس از سکت قلبی قرار دهد. ضیغمی محمدی، شهریان، فهیدی و فلاح (۱۳۹۱) گزارش کردند که در بیماران مرد مبتلا به نارسایی سیستم قلبی، اختلال نعوظ شایع بوده و با سن، وضعیت پزشکی، ناخوشی‌های همراه، درمان‌های دارویی و اختلالات روانی از جمله افسردگی رابطه دارد. همچنین در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی، اختلال نعوظ بر کیفیت زندگی اثر منفی می‌گذارد. افسردگی بر بیماری‌های پریدنتال تاثیر می‌گذارد. موسوی جزئی، تراشی و عبدالرازقی (۱۳۹۲) با مروری بر تأثیر اضطراب و افسردگی بر بیماری‌های پریدنتال گزارش دادند که بیشتر مطالعات منتشر شده از یک ارتباط مثبت بین پریدنتیت و عوامل روانی اجتماعی متعدد حمایت می‌کنند. روش‌های مختلف زندگی، شرایط استرس آور، تغییرات هورمونی، سهل‌انگاری در رعایت بهداشت دهان و عادات نامناسب مثل سیگار کشیدن به عنوان عوامل مستعدکننده در بیماری‌های پریدنتال محسوب می‌گردند. بیماری دیابت می‌تواند باعث افسردگی شود. سپهرمنش، سرمست، صدر و سربلوکی (۱۳۸۲) گزارش دادند که ۴۱٪ از مردان و ۵۷٪ از زنان مبتلا به دیابت، افسردگی داشتند. افسردگی در افراد بیسواد، بیماران وابسته به انسولین، سابقه‌دار از نظر افسردگی خانوادگی، مبتلا به عوارض درازمدت دیابت، با ۱۰ ساله، دیابت کنترل نشده، افراد مبتلا به چربی خون و فشار خون بالا از میزان بالاتری برخوردار بود. مصاحبه بالینی روانپزشکی نشان داد که ۳۲٪ مردان و ۴۷٪ زنان دیابتی، مبتلا به افسردگی اساسی بودند. زنان بیشتر از مردان مبتلا به افسردگی اساسی بودند. آنها نتیجه گرفتند با توجه به شیوع افسردگی به ویژه افسردگی اساسی در بیماران دیابتی، انجام مشاوره روانپزشکی جهت بررسی افسردگی در افراد مبتلا به دیابت لازم است. بیماری آسم با افسردگی ارتباط دارد. وزیری یزدی، دهستانی و سلطانی گردهرامری (۱۳۸۶) گزارش دادند که شیوع افسردگی در مبتلایان به آسم شهر یزد بیشتر از جمعیت عادی است و خطر بروز افسردگی با افزایش سابقه آسم ارتباط معنی‌داری داشت. لذا شناخت و درمان زود هنگام بیماری آسم می‌تواند از عوامل خطرزای افسردگی پیشگیری نماید. ابتلا به کم‌کاری تیروئید، حتی اگر خفیف باشد، می‌تواند باعث بروز افسردگی شود. ناتوانی‌های جسمی طولانی مدت نیز ممکن است منجر به افسردگی شوند.

عدم تعادل مواد شیمیایی در مغز می‌تواند روی خلق تاثیر بگذارد و باعث افسردگی شود و در برخی موارد نیاز به تجویز دارو دارد. انتقال دهنده‌های عصبی بین نورون‌ها و سلول‌های عصبی در مغز ارتباط برقرار می‌کنند. انتقال دهنده‌های عصبی اختصاصی وجود دارند که بر خلق تاثیر می‌گذارند و وقتی که سطوح آنها پایین می‌آید، باعث افسردگی می‌شوند. پزشکان می‌توانند برای از بین بردن علائم افسردگی داروهایی را تجویز کنند که موجب می‌شود تا به دنبال مصرف دوزهای منظم داروهای تجویز شده، علائم افسردگی در افراد ناپدید شوند. درمان دارویی برای افسردگی به‌ویژه در موارد شدید توصیه شده است. روان‌درمانی هم به نتایج موفقیت آمیزی رسیده است. برخی داروهای تجویز شده می‌توانند در بعضی اوقات نتایج منفی ایجاد کنند که منجر به احساس افسردگی بیشتر شوند.

#### تروما و استرس رویدادهای زندگی

مشاهدات زیادی در طول سال‌ها نشان می‌دهند، افراد افسرده قبل از شروع اختلال، رویدادهای استرس‌زا را در زندگی خود تجربه کرده‌اند.

برخی از متخصصان معتقد هستند رویدادهای زندگی نقش اولیه و اساسی در افسردگی دارند، تحقیقات نشان داده است از دست دادن پدر و مادر قبل از ۱۱ سالگی ارتباط تنگاتنگی با افسردگی دارد. عامل استرس زای محیطی که بیش از همه با افسردگی ارتباط دارد، مرگ همسر است. یک عامل خطر ساز دیگر بیکاری است. عوامل دیگری که می‌توان نام برد مرگ فرزند، جدایی زناشویی، طرد شدن توسط فردی دوست داشتنی، بیماری جسمانی و غیره می‌باشند.

با این حال تعداد زیادی از افراد هم ضایعات اوان کودکی و هم ضایعه جدید را تحمل کرده‌اند بدون اینکه افسرده شوند، و تعداد قابل ملاحظه‌ای از افراد افسرده دچار ضایعه اوان کودکی یا ضایعه جدید نشده‌اند. بنابراین اصلاً نمی‌توان گفت این گونه رویدادهای زندگی به تنهایی عامل افسردگی هستند.

سازگاری با تمام رویدادهای زندگی ضروری است. نحوه رویارویی با استرس مرتبط با رویدادهای زندگی می‌تواند افراد را به افسردگی مبتلا نماید. رویدادهای آشکاری که می‌توانند منجر به افسردگی شوند شامل مرگ یک فرد محبوب، دوست یا حیوان خانگی هستند. سوگواری‌ای که به سمت طولانی شدن پیش می‌رود، ممکن است فرد را نسبت به افسردگی آسیب پذیر کند. صحبت کردن در باره همه چیز با یک شخص دیگر، می‌تواند گام‌های بلندی را در فائق آمدن بر حادثه‌ای که رخ داده است، به وجود بیاورد. سایر استرس‌های مرتبط با افسردگی می‌توانند شامل جدایی زوجین از یکدیگر، طلاق و یا ازدواج مجدد باشند. نقل مکان به یک منطقه جدید، تغییر محل زندگی و خانه نیز می‌توانند به افسردگی منجر شوند. هر رویدادی که بتواند برای یک فرد باعث تروما یا استرس شود، بالقوه باعث بروز علائم افسردگی می‌گردد.

#### استرس شغلی یک ماشه چکان شایع

هر کسی پس از یک استرس عمده در زندگی مانند پایان یک رابطه مهم، مرگ فرد محبوب، جابجایی یا مشکلات مالی، مستعد ابتلا به افسردگی می‌شود. با این حال، مردان نسبت به زنان، ممکن است به واسطه ماشه چکان‌های استرس‌های مرتبط با شغل، برای ابتلاء به افسردگی، آسیب پذیرتر باشند. این ماشه چکان‌ها شامل موارد زیر هستند:

- نداشتن کنترل در تصمیم‌گیری‌های تاثیرگذار بر مسئولیت‌ها
- توقعات مداوم و بی دلیل برای عملکرد
- فقدان روش‌های ارتباطی و عدم حل تضاد/تعارض موثر در بین همکاران و کارفرمایان
- فقدان امنیت شغلی
- شیفت کاری شبانه، اضافه کاری بیش از حد، یا هر دو
- صرف زمان بیش از حد به دور از خانه و خانواده
- دستمزدهایی که سطح مسئولیت را منعکس نمی‌کنند.

مردان ممکن است بیشتر از زنان از تغییرات اجتماعی، سیاسی و اقتصادی سریع احساس تهدید کنند. هنگامی که چنین تغییری بر نقش‌های سنتی مردانه، در خانه و محل کار تاثیر می‌گذارد، مردان ممکن است یک از دست دادن عمیق هویت، منزلت و کرامت را تجربه کنند که خطر ابتلا به افسردگی و سایر بیماری‌های روانی را در آنها افزایش می‌دهد. در کشورهای اروپای شرقی و مرکزی که نظام سرمایه داری مقرر شده ضعیف جایگزین نظام کمونیستی شد، تقریباً یک شبه، استرس و بیماری‌های روانی، یک عارضه جدی را در مردان ایجاد کرد. امید به زندگی در آنها تا ۱۳ سال کاهش یافت، در حالی که امید به زندگی در زنان تغییر پیدا نکرد. به طور مشابه، نرخ‌های خودکشی مردان در دوران رکود بزرگ دهه ۱۹۳۰، زمانی که تعداد زیادی از مردان آمریکایی بیکار شده بودند، افزایش یافت.

#### شناخت و تفکر تحریف شده

افکاری که به صورت ناگهانی در فرد افسرده ظاهر می‌شوند و معقول به نظر می‌رسند، ادراکات تحریف شده‌ای را منعکس می‌کنند که با احساسات منفی همچون غمگینی، اضطراب و خشم همراه هستند. نمونه‌هایی از این افکار تحریف شده در زیر آمده است:

ذهن خوانی: "او فکر می‌کند من یک بازنده‌ام".

پیشگویی: "من طرد خواهم شد"، "من یک کار احمقانه خواهم کرد".

برچسب‌زنی: "من یک آدم شکست خورده‌ام"، "من یک آدم احمق هستم".

فاجعه سازی: "اگر قبول نشوم، وحشتناک خواهد بود"، "من نمی‌توانم این اضطراب

را تحمل کنم".

تفکر دوقطبی (همه یا هیچ): "من در همه زمینه‌ها شکست می‌خورم"، "من از هیچ

چیزی لذت نمی‌برم"، "هیچ چیزی به نفع من نیست".

ناچیز شمردن موارد مثبت: "اینکه چیزی نیست، هرکسی می‌تواند آن را انجام دهد".

افراد افسرده این تفکر را دارند که باید این قوانین انجام شود. به واسطه این فکر مجبور به زندگی هستند مانند قوانین زیر:

"من باید مورد تأیید همه باشم."

"اگر یک نفر مرا دوست نداشته باشد بدان معنی است که من دوست داشتنی نیستم."

"من هرگز در حال انجام کار به تنهایی، نمی‌توانم خوشحال باشم."

"اگر من در کاری شکست بخورم، از آن به بعد یک فرد شکست خورده‌ام."

"من باید به خاطر شکست‌هایم، خود را سرزنش کنم."

"اگر من مشکلی را برای مدت طولانی داشتم. بعد از آن من دیگر نمی‌توانم تغییری در

خود بدهم."

افراد افسرده، اغلب بر روی قصور و کوتاهی‌شان، اغراق‌آمیز کردن آنها و کوچک شمردن ویژگی‌های مثبت‌شان متمرکز هستند. آنها ممکن است خودشان را غیر جذاب، زشت و احمق بدانند.

سه عامل زیر افکار افراد افسرده را تشکیل می‌دهند:

۱- تصویر منفی از خود: افکار منفی درباره خود عبارت است از اعتقاد افراد افسرده به

اینکه به درد نخور و بی‌کفایت هستند. این نشان دهنده عزت نفس پایین در این افراد است.

۲- تفسیر منفی تجارب: چنانچه افراد افسرده تجارب ناخوشایندی داشته باشند، آن

تجارب را به عدم شایستگی شخصی نسبت می‌دهند مانند "همه چیزها همیشه بد بوده‌اند".

۳- دید منفی نسبت به آینده: زمانی که افراد افسرده به آینده فکر می‌کنند، باور دارند

وقایع منفی که اکنون برای آنها اتفاق می‌افتند به خاطر نقایص شخصی آنها در آینده نیز ادامه خواهند یافت.

افکار منفی افراد افسرده درباره تجربه شامل تعبیر آنها است از آنچه که برایشان اتفاق

می‌افتد، ناگوار است. آنها موانع جزئی را به صورت موانع غیر قابل گذر سوء تعبیر می‌کنند.

همیشه به منفی‌ترین تعبیر ممکن در مورد آنچه برای آنها رخ داده است گرایش دارند. فهمی

و همکاران (۱۳۹۳) گزارش دادند که نشخوار فکری در افراد مبتلا به افسردگی عمده در

مقایسه با اختلال اضطراب منتشر تفاوت معنی‌داری داشت. بین عدم تحمل بلا تکلیفی با اندیشناکی و نشخوار فکری رابطه وجود داشت و عدم تحمل بلا تکلیفی در آغاز و تداوم افسردگی عمده نقش دارد.

### شرایط همراه با افسردگی

افسردگی با بسیاری از شرایط پزشکی تهدید کننده زندگی همراه است که احتمالاً طول مدت زندگی مردان را کوتاه می‌کنند. این شرایط عبارتند از بیماری‌های قلبی، سکته مغزی، سرطان، AIDS / HIV، دیابت، آلزایمر و پارکینسون.

افسردگی همچنین شدیداً با اختلال استرس پس از ضربه (PTSD)، یک وضعیت ناتوان کننده که می‌تواند پس از یک واقعه آسیب‌زا مانند تجاوز و ضرب و شتم فردی، بلایای طبیعی، تصادف، تروریسم یا نبرد نظامی رخ بدهد، همراه است. مردان با احتمال بیشتری قربانیان خشونت و حوادث جنایی می‌باشند که علل اصلی PTSD هستند.

از دست دادن میل جنسی یک علامت افسردگی در هر دو جنس است، اما به نظر می‌رسد که تاثیر بیشتری بر مردان دارد، به خصوص اگر با اختلال عملکرد نعوظی همراه شود. در واقع، اختلال عملکرد نعوظی ناشی از یک علت فیزیکی، ممکن است عارضه عاطفی / هیجانی را در یک مرد ایجاد کند که باعث افسردگی وی شود. علاوه بر این، به دلیل اینکه بسیاری از مردان افسرده سطوح تستوسترون پایین و اختلال عملکرد نعوظی دارند، این طور مطرح شده است که تولید پایین تستوسترون ممکن است یک علت افسردگی باشد تا یک اثر افسردگی. مردان مبتلا به افسردگی، اختلال عملکرد نعوظی و تستوسترون پایین، ممکن است پس از درمان اختلال عملکرد جنسی و سطوح هورمونی پایین، افسردگی‌شان کمتر شود. نقش عوامل روانشناختی از جمله افسردگی در اختلالات کنشی جنسی و اختلال نعوظی گزارش شده است (مهرابی و دادفر، ۱۳۸۲، مهرابی، دادفر و چیمه، ۱۳۸۵).

یک ژن اخیراً شناسایی شده مرتبط هم با افسردگی و هم با وابستگی به الکل، ممکن است تا حدی توضیح دهد که چرا این دو شرایط اغلب با یکدیگر اتفاق می‌افتند. این کشفیات

ممکن است منجر به ایجاد داروهای ضدافسردگی ای گردد که جنبه‌های خاصی از عملکرد مغز را هدف قرار می‌دهند که با علائم مختلف افسردگی در ارتباط هستند. چنین دارویی ممکن است علائم تحریک پذیری، رفتار اجباری و انزوای اجتماعی را کنترل کند که نمونه‌های افسردگی در مردان هستند. داروی دیگری ممکن است علائم ناامیدی، احساس گناه و احساس بی‌کفایتی را کاهش دهد که بسیاری از زنان افسرده (و مردان) را به هم می‌ریزد. داروهای تخصصی راه را برای دکتران، جهت انتخاب آن دارویی که احتمالاً بهترین کار را برای شما انجام می‌دهد، هموارتر و آسان‌تر خواهند کرد.

### انواع افسردگی

چندین نوع مختلف افسردگی وجود دارند که شامل افسردگی اساسی (افسردگی بالینی)، اختلال افسرده خویی، اختلال سازگاری همراه با خلق افسرده، اختلال دوقطبی و اختلال خلقی فصلی هستند.

#### افسردگی اساسی (افسردگی بالینی)

یکی از شایع‌ترین نوع افسردگی، افسردگی اساسی است که همچنین به عنوان دوره افسردگی اساسی شناخته شده است. این نوع افسردگی توانایی فرد را برای کار کردن، خوابیدن، غذا خوردن و لذت بردن از فعالیت‌هایی که فرد آنها را لذت بخش می‌داند، مختل می‌کند. فرد ممکن است فقط یک بار و یا چند بار در طول عمر خود از افسردگی اساسی رنج ببرد. غم و اندوهی که به مدت طولانی‌تر از ۲ هفته طول می‌کشد، یک علامت شایع افسردگی اساسی است. اندوه طولانی مدت نشانه‌ای از افسردگی است و باید بررسی و از نزدیک کنترل شود. یک فرد بزرگسال مبتلا به افسردگی نشانه‌های بیشتری از رفتار ملانکولیک را نشان می‌دهد در حالی که یک نوجوان افسرده تحریک پذیرتر و خشمگین‌تر می‌شود. شناسایی تغییرات در رفتار، اولین گام در تشخیص افسردگی اساسی است. سایر علائم افسردگی اساسی ممکن است شامل اختلال‌های خواب، کندی حرکتی، فقدان تمرکز، عدم توجه به رویدادهای اجتماعی، تغییرات مکرر در خلق، کاهش علاقه به مدرسه رفتن، نمرات

ضعیف، از دست دادن خود ارزشمندی، احساس بی‌یاوری و درماندگی، ناامیدی، عزت نفس پایین، احساس گناه، افکار مرگ و یا خودکشی باشند.

### اختلال افسرده‌خویی

اختلال دیس‌تایمی (افسرده‌خویی) سطح پایین افسردگی می‌باشد که برای حداقل دو سال متوالی رخ داده است. اختلال دیس‌تایمی (افسرده‌خویی) با داروهای ضدافسردگی قوی درمان نمی‌شود، زیرا علائمی که فرد دارد مشکل‌تر هستند و به داروها به خوبی پاسخ نمی‌دهند ولی معمولاً با درمان فروکش می‌کنند. حملات شدید غمگینی می‌تواند باعث بستری شدن فرد گردد. اختلال افسرده‌خویی دارای خصوصیتی مشابه با افسردگی اساسی است، اما به شدت آن نیست. اختلال افسرده‌خویی یک بیماری مزمن طولانی مدت‌تر از افسردگی اساسی است. گاهی اوقات اختلال افسرده‌خویی در دوران کودکی شروع می‌شود و با این فرض که کودک همواره موجودی هیجانی یا دمدمی است، تشخیص داده نمی‌شود. وضعیت غم‌انگیز یا ناامیدکننده ممکن است به عنوان شخصیت کودک مورد تایید واقع شود و برای سال‌ها درمان نشده به حال خود رها شود. اختلال افسرده‌خویی هر روز به مدت ۲ سال در بزرگسالان و ۱ سال یا کمتر برای کودکان و نوجوانان طول می‌کشد. نوجوانان نشانه‌های بیشتری از تحریک‌پذیری را نسبت به سایر علائم شایع‌تر افسردگی نشان خواهند داد. نوجوانان مبتلا به این اختلال هر روز به مدت ۱ سال با یاس و ناامیدی دست و پنجه نرم خواهند کرد. اگر اختلال افسرده‌خویی بدون درمان رها شود، می‌تواند افسردگی جدی‌تری رخ دهد. درمان‌های مشابه به کار برده شده برای افسردگی اساسی ممکن است برای اختلال افسرده‌خویی استفاده شود. بهبود کامل از افسرده‌خویی امکان‌پذیر است اما بعضی از بیماران ممکن است به درمان نگهدارنده در سراسر زندگی شان نیاز داشته باشند.

### اختلال سازگاری همراه با خلق افسرده

شیوع اختلال سازگاری در نوجوانان در مقایسه با بزرگسالان بیشتر است. اختلال سازگاری واکنشی است به رویدادی که در خلال ۳ ماه گذشته رخ داده است. عوامل



استرس‌زا که به عنوان مجموعه‌ای از یک رشته آشفتگی هیجانی نامیده می‌شوند، باعث نشان دادن علائم افسردگی در افراد می‌شوند. رویدادها می‌توانند کاملاً تروماتیک یا آسیب‌زا، اما جزئی باشند مانند قطع ارتباط با دوست پسر یا دوست دختر، نقل مکان به یک منطقه جدید یا نگرفتن رتبه "الف" در باره یک موضوعی در مدرسه که آنها مجدانه روی آن کار می‌کنند. بسته به نوع حمایت از دوستان و خانواده، طول و شدت علائم اختلال سازگاری می‌توانند تعیین کنند که این اختلال به وجود بیاید یا نیاید. صحبت کردن با خانواده یا همسالان در باره چالش‌ها و یا رویدادهایی که باعث شکستن قلب شده، می‌تواند شدت خلق پایین را به طور قابل ملاحظه‌ای کاهش دهد.

#### اختلال دوقطبی

نوع شایع دیگر افسردگی، اختلال دو قطبی است، همچنین به عنوان افسردگی شدیدایی شناخته شده است. فرد مبتلا به اختلال دو قطبی دوره‌های نوسانی شدیدی از "خلق بالا" (مانیک) و "خلق پایین" (افسردگی) را نشان می‌دهد. در بین این دوره‌ها، فرد خلق طبیعی را نشان می‌دهد. تغییرات خلقی معمولاً به تدریج ظاهر می‌شوند تا اینکه به طور ناگهانی ظاهر شوند. در یک فرد مبتلا به اختلال دو قطبی، خلق بالا و پایین می‌رود درست مثل تلو تلو خوردن و پس و پیش رفتن. بیماران می‌توانند با بالا رفتن هیجان، دچار مانیا شوند اما پس از آن، با پایین رفتن خلق دچار افسردگی شوند. بیمار دو قطبی می‌تواند در زمان‌هایی تعادل پیدا کند، به ویژه به دنبال درمانی که تا حد زیادی برای اختلال دو قطبی توصیه شده است. همانگونه که در افسردگی شدیدایی مشخص شده است، اختلال دو قطبی نیز به سطوح بالا و پایین تغییرات خلقی اشاره دارد. اولین تظاهر اختلال دو قطبی ممکن است در اواخر نوجوانی و اوایل بزرگسالی ظاهر شود. بسیاری از اوقات به این علائم بی توجهی می‌شود اما با فزاینده شدن، آنها می‌توانند باعث تشدید ناتوانی در عملکرد روزمره فرد شوند. پایان طیف مانیا شامل سطوح انرژی بالا با تمایلات تکانشی، فقدان تمرکز، پرش از یک ایده به ایده بعدی و رفتار بی پروا می‌باشد. پایان طیف افسردگی ناامیدی، کمبود خواب، تحریک پذیری و افکار مرگ یا

خودکشی را نشان می‌دهد. به طور کلی، مانیا شادی بیش از حد، باورهای بزرگ منشی و بیش از حد بالا، کاهش خواب، ذهن پرشتاب، افزایش میل جنسی، انرژی بالای قابل توجه، تحریک پذیری غیر معمول، رفتار عجیب و غریب و نامتناسب و قضاوت مختل را ایجاد می‌کند. فرد دچار افسردگی معمولاً نشانه‌های اضطراب، غم و اندوه، پوچی، ناامیدی، منفی‌گرایی، عزت نفس پایین، احساس گناه، بی‌یاوری/درماندگی، الگوی خواب مختل، سردرد، مشکلات معده، خستگی و افکار خودکشی را نشان می‌دهد. گاهی اوقات بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی در جستجوی کمک نخواهند بود که به دلیل آن حالتی است که زمانی که آنها دارای خلق "بالا" هستند، احساس می‌کنند و حرکت نزولی به اختلال دوقطبی را به دنبال آن فراموش می‌کنند. هنگام درمان اختلال دوقطبی، دارو انتخاب اول است، اما روش‌های جایگزین نیز می‌توانند موثر باشند.

#### اختلال خلقی فصلی

اختلال عاطفی فصلی (SAD) نوعی افسردگی بالینی است. اختلال عاطفی فصلی با افسردگی غیر فصلی که منجر به عود هر ساله می‌گردد و یک الگوی فصلی را با شروع در پاییز یا زمستان و بهبود در بهار یا تابستان دنبال می‌کند، متفاوت است. اختلال خلقی فصلی یا اختلال عاطفی فصلی، نشانه‌های افسردگی مشابهی را نشان می‌دهد با این استثناء که هر سال در یک زمان در طول یک فصل خاص رخ می‌دهد. به طور کلی شیوع اختلال عاطفی فصلی در عرض جغرافیایی در ایالات متحده، با کمترین میزان (۱/۴٪) در فلوریدا و بالاترین میزان (بیش از ۹٪) در ایالات شمالی از قبیل آلاسکا، افزایش نشان می‌دهد. در عرض جغرافیایی شمالی، اکثریت مردم، علائم اختلال عاطفی فصلی را تا حد مشخصی تجربه می‌کنند و تعداد خیلی کمی از مردم هیچگونه تغییراتی را در رفتارشان در طول پاییز و زمستان تجربه نمی‌کنند. افرادی که تغییرات متوسطی را با فصل‌ها پیدا می‌کنند، گفته می‌شود دارای اختلال عاطفی فصلی زیر علامتی (S-SAD) هستند. خط پایین علائم اختلال عاطفی فصلی خیلی شایع هستند

و در فاصله از افزایش‌های خط استوا شایع تر هستند. علایم اختلال عاطفی فصلی بر حسب اینکه آنها چگونه روی هر فرد تاثیر می‌گذارند، به چهار دسته کلی تقسیم می‌شوند:

(۱) **علایم جسمانی:** کمبود انرژی، تغییرات اشتها (تمایل به مواد نشاسته‌ای یا شیرینی‌جات)، افزایش در اشتها، از دست دادن اشتها، افزایش یا کاهش وزن، تنش ماهیچه‌ها، درد، معده درد، سردرد، احساس بی‌وزنی یا احساس راه رفتن در آب.

(۲) **علایم هیجانی:** خلق افسرده یا مضطرب، غمگینی، احساس غم، کاهش لذت یا علاقه در چیزهایی که قبلاً به آنها علاقه داشته‌اید، خلق تحریک پذیر.

(۳) **علایم شناختی:** اشکال در تمرکز، فراموشی، افکاری درباره بی‌ارزش بودن یا یک شکست، تفکرات منفی در مورد زمستان (به طور مثال "من با این زمستان نمی‌توانم مواجهه شوم"، "من از زمستان متنفر هستم" و "این زمستان هرگز تمام شدنی نیست، افکاری در مورد مرگ و خودکشی").

(۴) **علایم رفتاری:** کاهش فعالیت، گوشه‌گیری از دیگران، گریه کردن، مشکلات خواب (پر خوابی، چرت زدن، بیخوابی، خواب بیقرار)، تغییرات در خوردن (پر خوری، زیاده روی در مصرف کربوهیدرات‌ها یا کم خوری). توجه داشته باشید که این دسته بندی‌ها تنوعی از علایم را پوشش می‌دهند و شامل علایمی می‌شوند که حتی نشانه‌های متضاد متقارن هستند (به طور مثال افزایش در اشتها و ازدست دادن اشتها). دو فرد مبتلا به اختلال عاطفی فصلی می‌توانند علایم مختلفی داشته باشند. همه انواع مختلف علایم اختلال عاطفی فصلی می‌توانند با یکدیگر تعامل داشته باشند یا بر یکدیگر تاثیر بگذارند. یک چرخه معیوب افسردگی اغلب با یک یا دو علامت شروع می‌شود و سپس سایر علایم بر پایه آنها به وجود می‌آیند.

اختلال عاطفی فصلی ممکن است به علل مختلفی اتفاق بیفتد. تغییر نور خورشید در طول ماه‌های زمستان یک علت شناخته شده اختلال عاطفی فصلی است. محققان بر این باورند که اهمیت نور خورشید بر روی مغز در تولید هورمون‌های کلیدی است که بر خلق تاثیر می‌گذارند. کارشناسان بر این باورند که دو هورمون ملاتونین و سروتونین با اختلال عاطفی فصلی ارتباط دارند. سطوح بالای سروتونین می‌تواند به عنوان سپری برای مبارزه با افسردگی

عمل کنند. سطح سروتونین با قرار گرفتن در معرض نور خورشید بالا می‌رود اما زمانی که سطح آن کاهش می‌یابد، به‌ویژه در فصل زمستان، می‌تواند باعث سطوح حاد افسردگی شود. سطوح بالای ملاتونین زمانی که هوا تاریک است و یا وقتی که روزها کوتاه تر هستند از جمله در طول ماه‌های زمستان در بدن تولید می‌شوند. خواب با ملاتونین در ارتباط است که باعث احساس خستگی بیشتر و مداوم تر در شخص می‌شود. به طور کلی فرضیه‌های زیر برای ایجاد اختلال عاطفی فصلی مطرح شده اند:

#### فرضیه تغییر فاز

بدن شما دارای نوعی ساعت داخلی است که ریتم روزانه بدن (ریتم شبانه روزی) در مواردی مانند ترشح هورمون ملاتونین از غده هیپوفیز، پلک زدن، حرارت مرکزی بدن و تغییرات آن را تنظیم می‌کند. این فرضیه بیان می‌کند که در زمستان که هنگام طلوع سپیده دم دیرتر می‌باشد، ریتم شبانه روزی در اشخاص افسرده از حالت نرمال به دیرتر تغییر پیدا می‌کند و باعث ایجاد مشکل در بیدار شدن و احساس عدم تقارن با چرخه طبیعی روز و شب می‌گردد.

#### فرضیه واکنش نوری

غده صنوبری انسان در طول ساعات تاریکی شب ملاتونین ترشح می‌کند. برای افرادی که افسردگی ندارند فرقی نمی‌کند که بدنشان در فصول متفاوت چه مقدار ملاتونین ترشح می‌کند اما اشخاصی که دارای افسردگی هستند این تفاوت را احساس می‌کنند. این فرضیه بیان می‌کند که افسردگی معلول دوره طولانی تر شب (افزایش طول روزها در تابستان و کاهش آن در زمستان) و ترشح ملاتونین می‌باشد.

#### فرضیه شمارش فوتون

براساس این فرضیه، افسردگی زمانی ایجاد می‌شود که میزان نوری که هر شخص در یک روز دریافت می‌کند (مجموع تعداد ذرات نوری یا فوتون‌هایی که توسط شبکیه چشم

دریافت می‌گردد) مختصر شود. طبق این نظریه، هر گونه کاهش نوری محیط (مثلاً هوای ابری) بدون توجه به فصل، می‌تواند نشانه‌های افسردگی را موجب گردد.

#### فرضیه سروتونین

سروتونین انتقال دهنده عصبی و یا پیک شیمیایی در مغز می‌باشد که موجب تنظیم خواب و اشتها می‌گردد. با توجه به فصول سال سطح سروتونین انسان در تابستان بیشترین و در زمستان کمترین مقدار آن را تولید می‌کند. چون افسردگی به تغییرات خواب و اشتها بستگی دارد، طبق این نظریه، افسردگی افراد را مستعد می‌سازد که نسبت به تغییرات فصلی سطح سروتونین و کاهش آن در فصل زمستان حساس باشند.

#### فرضیه تاثیر افکار و رفتار بر افسردگی

حتی اگر عوامل بیولوژیکی موجب افسردگی باشد، آنچه که فکر می‌کنید و انجام می‌دهید نیز می‌تواند باعث افسردگی در شما گردد. افسردگی رابطه تنگاتنگی با تفکرات منفی و کاهش فعالیت دارد که موجب حادث شدن نشانه‌های افسردگی و ادامه دار شدن آن می‌شود. فکر کنید که با شروع زمستان چقدر تفکرات منفی و کاهش فعالیت دارید؟ این چگونه بر افسردگی شما اثر می‌گذارد؟ علت بیولوژیکی افسردگی بدان معنا نیست که شناخت درمانی مفید نمی‌باشد. درحقیقت، افرادی که افسردگی‌های بیولوژیکی دارند و دلتنگ به نظر می‌آیند، بدون آنکه هیچ حادثه‌ای موجب این دلتنگی شده باشد، به همان نسبت از افرادی که در واکنش به شرایط زندگی افسرده شده‌اند، از شناخت درمانی سود می‌برند. در معرض نور خورشید قرار گرفتن، از طریق ورزش کردن یا فعالیت در فضای باز در طول ماه‌های زمستان، می‌تواند با نگر داشتن هورمون‌های ذکر شده، به پیشگیری از اختلال عاطفی فصلی کمک کند.

### افسردگی مردان اغلب تشخیص داده نمی‌شود

بر اساس گزارش موسسه ملی بهداشت روان آمریکا، حدود ۶ میلیون مرد در ایالات متحده از افسردگی رنج می‌برند. این آمار حدود نیمی از تعداد زنانی است که مبتلا به بیماری روانی تشخیص داده می‌شوند. سالیانه، افسردگی بر حدود ۶ میلیون مرد و ۱۲ میلیون زن آمریکایی تاثیر می‌گذارد. اما این ارقام ممکن است گویای همه واقعیت نباشند. به دلیل اینکه مردان به طور کلی کمتر احتمال دارد با دکترها مشورت کنند، میزان زیادی از افسردگی مردان ممکن است تشخیص داده نشود.

دلایل متعددی وجود دارد که چرا علائم افسردگی بالینی در مردان معمولاً تشخیص داده نمی‌شوند. برای مثال، مردان تمایل دارند داشتن مشکلات را انکار کنند زیرا فرض را بر "قوی بودن" می‌گذارند و فرهنگ آمریکایی نشان می‌دهد که ابراز احساسات تا حد زیادی، یک صفت زنانه است. در نتیجه، مردانی که افسرده هستند به احتمال زیاد در مورد علائم جسمانی افسردگی خود مانند احساس خستگی صحبت می‌کنند تا اینکه در باره علائم مربوط به هیجان‌ها و عواطف خود صحبت کنند.

به طور کلی، مردان ممکن است در مورد علائم افسردگی شان به طور واضح صحبت و بحث نکنند یا حتی قادر به بیان کردن دقیق آن چیزی که احساس می‌کنند نباشند. در حالی که بعضی از مردان برای صحبت کردن در مورد خلق‌های پایین خود دو دل و مردد هستند، برخی از آنها به وسیله نوشیدن مقدار زیاد الکل یا سوء مصرف انواعی از مواد روانگردان، با غم‌های افسردگی (Blues) کنار می‌آیند.

بسیاری از مردان یاد می‌گیرند که استقلال و خود کنترلی را در دوران کودکی بیش بها داده (Overvalued) کنند. به آنها یاد داده شده است که بیان درد، ضعف، عدم اطمینان، درماندگی و غم و اندوه، یک رفتار غیرمردانه است. آنها تمایل دارند تا بیماری - به خصوص بیماری عاطفی و هیجانی - را به عنوان تهدیدی برای مردانگی خود ببینند. به طوری که آنها تا زمانی که اصرار همسر، شریک جنسی صمیمی یا یک رویداد فاجعه بار مانند از دست دادن

شغل و یا بازداشت، آنها را مجبور نکند تا مراقبت‌های پزشکی را جستجو کنند، مشکلات خود را انکار یا پنهان می‌کنند.

وقتی مردان افسرده نزد پزشکان می‌روند، با احتمال بیشتری بر شکایت‌های جسمی مثل سردرد، مشکلات گوارشی یا دردهای مزمن تمرکز می‌کنند تا بر درد و رنج عاطفی و هیجانی. به طوری که آنها و پزشکانشان ممکن است با احتمال کمتری بین این علائم و افسردگی ارتباطی را پیدا کنند. حتی اگر پزشکان آنها مشکل را تشخیص دهند و آنچه که هست را بگویند، مردان افسرده ممکن است در برابر دریافت مراقبت‌های بهداشت روان مقاومت کنند، تا حدودی به دلیل ترس از اینکه انگ بیماری روانی ممکن است به شغل آنها آسیب برساند، مزایای بیمه درمانی آنها را به خطر اندازد و احترام آنها را نزد خانواده و دوستان از بین ببرد. علائم افسردگی در مردان معمولاً به چند دلیل شناسایی نمی‌شوند:

۱. علائم افسردگی مردان از علائم کلاسیکی که ما تحت عنوان افسردگی فکر می‌کنیم، تفاوت دارند.

۲. مردان انکار می‌کنند که مشکل دارند به این دلیل که آنها فرض بر "قوی بودن" می‌کنند.

۳. مردان انکار می‌کنند که در تمایلات جنسی خود مشکل دارند و رابطه آن را با افسردگی درک نمی‌کنند.

۴. خوشه علامتی افسردگی مردان به خوبی شناخته نشده است، به گونه‌ای که اعضای خانواده، پزشکان و متخصصان بهداشت روانی در تشخیص آن با شکست مواجهه می‌شوند. به بیانی دیگر مردان مبتلا به افسردگی اغلب به چند دلیل تشخیص داده نمی‌شوند؛ برخی از این دلایل عبارتند از:

**عدم تشخیص افسردگی.** اگر شما مانند بسیاری از مردان نیستید، ممکن است فکر کنید که احساس غمگینی یا عاطفی/هیجانی، همیشه علامت اصلی افسردگی است. اما برای بسیاری از مردان این علامت اولیه افسردگی نیست. برای مثال سردردها، مشکلات گوارشی، خستگی، تحریک پذیری یا درد مزمن گاهی اوقات می‌تواند نشان دهنده افسردگی باشد. بنابراین

احساس انزوا و به دنبال آن حواس‌پرتی، موجب اجتناب فرد از مقابله با احساسات یا روابط می‌گردد.

**دست کم گرفتن علائم و نشانه‌ها.** ممکن است نتوانید تشخیص دهید که علائم شما چه میزان روی شما تاثیر می‌گذارند، یا ممکن است نخواهید به خودتان یا به شخص دیگری اقرار کنید که افسرده هستید. اما نادیده گرفتن، سرکوب کردن یا پنهان ساختن افسردگی با رفتار ناسالم، آن را برطرف نخواهد کرد.

**بی میلی و اکراه داشتن برای صحبت و بحث کردن در مورد علائم افسردگی.** به عنوان یک انسان، ممکن است در مورد احساسات خود با خانواده و دوستان سر صحبت را باز نکنید، تنها به یک متخصص مراقبت‌های بهداشتی اجازه صحبت بدهید. ممکن است مانند بسیاری از مردان یاد گرفته‌اید تا روی خود کنترلی تاکید کنید. ممکن است فکر کنید که بیان احساسات و هیجان‌ها/عواطف مرتبط با افسردگی، یک رفتار "غیرمردانه" است و به جای آن ممکن است سعی کنید آنها را سرکوب نمایید.

**مقاومت با درمان بیماری روانی.** حتی اگر شک به افسردگی دارید، ممکن است از تشخیص اجتناب کنید و از درمان امتناع نمایید. ممکن است شما از کمک گرفتن اجتناب کنید زیرا نگران این هستید که انگ افسردگی بتواند به شغل شما آسیب بزند یا باعث شود تا احترام خود را در خانواده و دوستان از دست بدهید.

### **عقاید/تصورات غلط**

مردان یاد گرفته‌اند تا احساسات خود را بروز ندهند، و این می‌تواند دلیلی باشد که چرا افسردگی آنها غالباً در ابتدا با علائم فیزیکی خودش را نشان می‌دهد. مردان بیشتر احتمال دارد برای مشکل درد به دیدن دکتر اولیه خود بروند تا به دیدن یک درمانگر برای صحبت کردن در مورد احساسات شان. مردان مانند زنان، برای جستجوی درمان بیماری روانی شان، احساس راحتی نمی‌کنند.



## افسردگی مردان: جنبه‌های زیستی و روانشناختی / ۴۱

بسیاری از مردان بر این باورند که افسرده شدن چیزی است که آنها باید در برابر آن محکم ایستادگی کنند و بر آن تسلط پیدا خواهند کرد. این باور بزرگترین تصور غلط مردان است. افراد مبتلا به افسردگی به طور معمول بهتر نخواهند شد، مگر اینکه از نظر پزشکی تحت درمان قرار بگیرند، مشاوره دریافت کنند یا از چیزی که علت افسردگی است، رهایی یابند. تصور غلط دیگر افسردگی مردان این است که تحت درمان قرار گرفتن برای افسردگی، یک مرد را، کمتر به عنوان یک مرد کامل و بدون مشکل توصیف می‌کند. این کاملاً غیرواقعی است، بی‌ثباتی هیجانی و احساس افسردگی می‌تواند به سادگی باعث چیزی تحت عنوان تغییر در تعادل‌های شیمیایی مغز شود.

### پیامدهای افسردگی درمان نشده مردان

افسردگی مردان اغلب کمتر از افسردگی زنان قابل درک و شناسایی است. بنا به تعدادی از دلایل که ذکر شد، افسردگی مردان اغلب تشخیص داده نمی‌شود، ولی معمولاً با درمان بهتر می‌شود، اما وقتی که درمان نشود، می‌تواند عواقب مخرب و ویرانگری داشته باشد. زنان به احساس افسردگی بیشتر اقرار می‌کنند تا مردان؛ بنابراین فراموش کردن اینکه مردان نیز می‌توانند احساسات شدید غم و اندوه داشته باشند، آسان است. تاثیر افسردگی بر مردان می‌تواند متفاوت از تاثیر افسردگی بر زنان باشد. هنگامی که افسردگی در مردان رخ می‌دهد، ممکن است شدیدتر از زنان باشد و می‌تواند با رفتار مقابله‌ای ناسالم پوشانیده و پنهان شود. افسردگی بیماری نیست که بشود آن را ساده گرفت و می‌تواند منجر به مشکلات بهداشتی، طلاق، ورشکستگی و حتی خودکشی شود. افسردگی ممکن است تاثیر عمیقی بر هر جنبه‌ی زندگی داشته باشد. ممکن است به طور مستقیم بر سلامتی شما تاثیر بگذارد، با نگره داشتن پاسخ استرس مداوم فعال تان، یک حالتی که می‌تواند به بسیاری از اعضای بدن از جمله قلب آسیب بزند و حتی ممکن است طول عمر شما را کوتاه کند. در یک سال معین، مردان افسرده دو برابر بیشتر از مردان غیر افسرده، به هر دلیلی می‌میرند. همچنین زنان افسرده در مقایسه با زنان غیر افسرده در معرض خطر فزاینده مرگ و میر قرار دارند، اما این تفاوت به

بزرگی مردان نیست. اگر چه دلایل برای این تفاوت مشخص نیستند، رفتار خود تخریب‌گر مردان افسرده - از نوشیدن بیش از حد الکل گرفته تا رانندگی بی پروا تا خودکشی - ممکن است در آن نقش داشته باشد.

افسردگی در مردان می‌تواند عواقب ویرانگری داشته باشد. CDC گزارش می‌دهد که مردان در ایالات متحده حدود چهار بار بیشتر از زنان احتمال دارد مرتکب خودکشی شوند. به طور شگفت‌آوری ۷۵٪ تا ۸۰٪ از کلیه افرادی که در ایالات متحده مرتکب خودکشی می‌شوند، مردان هستند. اگر چه زنان بیشتر اقدام به خودکشی می‌کنند، مردان در پایان دادن واقعی به زندگی خود موفق‌تر هستند. این موضوع ممکن است ناشی از این واقعیت باشد که مردان تمایل به استفاده از روش‌های کشنده تر ارتکاب به خودکشی، برای مثال استفاده از تفنگ تا مصرف بیش از حد قرص دارند.

افسردگی در مردان می‌تواند بر میل و عملکرد جنسی آنها تاثیر بگذارد. متأسفانه، برخی از داروهای ضدافسردگی، مانند SSRIها، هم می‌توانند همین تاثیر را بگذارند. مردان غالباً تمایلی به اقرار به مشکلات جنسی شان ندارند. بسیاری از مردان به اشتباه احساس می‌کنند که این مشکلات با مردانگی شان مرتبط است، هنگامی که در واقع، آنها باعث ایجاد یک مشکل پزشکی مانند افسردگی بالینی می‌شوند.

افسردگی در مردان، بسته به اینکه چه مدت تحت درمان قرار نگرفته و نادیده گرفته شده است، می‌تواند اثرات زیان‌باری داشته باشد. افسردگی اغلب موجب رویدادی بزرگ مانند درگیری با قانون یا اخراج یک مرد، به دلیل تحت درمان بودن برای افسردگی، می‌شود. این اختلال می‌تواند زندگی و روان یک مرد را ماه‌ها قبل از اینکه او درخواست کمک درمانی کند، خراب نماید. مردان هنگامی که افسرده هستند، بیشتر از زنان احتمال دارد مرتکب خودکشی (و موفق) شوند، بنابراین دریافت کمک اهمیت دارد.

افسردگی همچنین ریسک طلاق و خطر ابتلاء کودکان را برای افسرده شدن افزایش می‌دهد. در محیط کار، افسردگی باعث می‌شود تا شما کمتر سازنده و بارور باشید، پتانسیل کسب درآمد محدودتری داشته باشید و خطر از دست دادن شغل تان را افزایش دهد.

### عوامل خطر بازگشت افسردگی

- عوامل زیر خطر بازگشت افسردگی را افزایش می‌دهند:
- اگر نخستین افسردگی پیش از بیست سالگی رخ داده باشد.
  - اگر سابقه خانوادگی موجود باشد.
  - اگر نخستین افسردگی شدید باشد.
  - اگر برای درمان دیر اقدام شده باشد.
  - اگر بیماری روانی دیگری نیز وجود داشته باشد.
  - اگر فرد نسبت به استرس‌ها یا دیگر عوامل اجتماعی آسیب پذیرتر باشد.
  - اگر فرد از افسردگی قبلی کاملاً بهبود نیافته باشد.
  - اگر افسردگی در اواخر عمر رخ داده باشد.

### شواهد پژوهشی

احمدی (۱۳۷۴) گزارش داد که میانگین افسردگی کل دانشجویان پزشکی مرد کمتر از میانگین افسردگی کل دانشجویان پزشکی زن است، اما این تفاوت معنی‌دار نبود. شدت افسردگی دانشجویان پزشکی مرد، ۱٪ در حد شدید، ۱٪ در حد نسبتاً شدید، ۷٪ در حد متوسط و ۲۹٪ در حد خفیف بود. ۱۱٪ از دانشجویان پزشکی مرد علامت ناامیدی و ۸٪ افکار آسیب‌رسانی به خود را داشتند.

بی‌باک (۱۳۷۸) ۱۶۸ آزمودنی (از هر جنس ۸۴ نفر) از میان مراجعین به کلینیک روانشناسی دانشگاه فردوسی و کلینیک ابوریحان را انتخاب کردند. ابتدا از آزمودنی‌ها مصاحبه بالینی به عمل آمد و پس از آنکه تشخیص افسردگی می‌گرفتند، پرسشنامه افسردگی بک (BDI) بر روی آنها اجرا می‌گردید. نتایج نشان داد که شدت برخی ابعاد افسردگی در زنان و مردان به طور معنی‌داری متفاوت است. از میان ابعاد ۲۱ گانه پرسشنامه افسردگی بک در ۹ بعد غمگینی، بدبینی، احساس شکست، نارضایتی، اتهام به خود، کناره‌گیری اجتماعی، بی‌اشتهایی، اشتغال فکری درباره بدن و بی‌میلی جنسی تفاوت معنی‌داری وجود داشت و در

۱۲ بعد احساس گناه، مجازات، از خود بی‌زاری، خودآزار رسانی، گریستن، عصبانیت، بی‌تصمیمی، تغییر خود پنداره، دشواری در کار، اختلال خواب، خستگی پذیری و کاهش وزن تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد. از میان ابعادی که در دو جنس تفاوت معنی‌داری وجود داشت زنان در ابعاد غمگینی، بدبینی، احساس شکست، نارضایتی، کناره‌گیری، بی‌اشتهایی و اشتغال فکری درباره بدن و مردان تنها در دو بعد بی‌میلی جنسی و اتهام به خود نمرات بالاتری را کسب نمودند.

کاوایی و همکاران (۱۳۸۱) گزارش دادند که میزان افسردگی در زنان در کل نمونه بیشتر از مردان است و نیز احتمال ابتلای زنان به افسردگی از مردان بیشتر است.

طباطبایی، ارشدی و رجبی (۱۳۸۲) در یک پژوهش مقطعی و آینده‌نگر، تعداد ۶۰ نفر آزمودنی در قالب دو گروه (از هر جنس ۳۰ نفر) از میان مراجعین به درمانگاه روانشناسی دانشکده علوم تربیتی در شش ماهه اول سال ۱۳۸۲، به شیوه غیراحتمالی در دسترس برگزیدند. از میان ابعاد ۲۱ گانه پرسش‌نامه افسردگی بک پنج بعد احساس گناه، احساس مجازات، گریستن، کاهش وزن و بی‌میلی جنسی بطور معنی‌داری در زنان بیشتر از مردان بود. ابعاد برجسته افسردگی در زنان غمگینی، بی‌تصمیمی، خستگی پذیری، دشواری در کار و احساس مجازات و در مردان ابعاد غمگینی، بی‌تصمیمی، اتهام به خود، عصبانیت و دشواری در کار برجسته‌تر بودند. در شدت برخی ابعاد افسردگی میان زنان و مردان تفاوت معنی‌داری وجود دارد.

نریمانی و همکاران (۱۳۸۴) گزارش دادند که خشونت روانی در ۵۵٪، خشونت اجتماعی در ۳۰٪ و خشونت فیزیکی ۲۸.۵٪ خانواده‌های ساکن در شهر اردبیل وجود دارد. همچنین خشونت مردان علیه زنان با برخی متغیرهای جمعیت‌شناختی چون تحصیلات بانوان، طبقه اجتماعی خانواده، میزان درآمد و سواد مردان و متغیرهای روان‌شناختی چون اضطراب، افسردگی جرات‌ورزی زنان و مردان ارتباط دارد.

رجبی و عطایان (۱۳۸۴) نشان دادند که کارمندان زن و مرد از لحاظ میزان علایم عاطفی فصلی (افسردگی) متفاوتند. میزان علایم عاطفی فصلی (افسردگی) کارمندان در فصول

## افسردگی مردان: جنبه‌های زیستی و روانشناختی / ۴۵

چهار گانه سال متفاوت می‌باشد. کارمندان اداره‌های شهرستان‌های اقلید، لامرد و ارسنجان به تفکیک در فصول چهارگانه سال از لحاظ میزان علائم عاطفی فصلی متفاوتند. کارمندان شهرستان‌های اقلید، لامرد و ارسنجان از لحاظ میزان علائم عاطفی فصلی (افسردگی) با یکدیگر تفاوت دارند. کارمندان با میزان تحصیلات مختلف و در گروه‌های سنی متفاوت از لحاظ علائم عاطفی فصلی (افسردگی) در فصول چهارگانه پاییز، زمستان، بهار و تابستان با یکدیگر تفاوت ندارند.

احمدی و یوسفی (۱۳۸۷) گزارش دادند که در عشایر ایل بختیاری ایران، شیوع افسردگی در زنان بیشتر از مردان و در افراد مجرد بیشتر از متأهلین بود. همچنین افسردگی در افراد خانه دار و بیکار به طور معنی‌داری بیشتر از سایر مشاغل بود. بیشترین شیوع افسردگی به ترتیب در گروه‌های سنی زیر ۲۰ سال و بالای ۵۰ سال بود. شیوع افسردگی در جامعه عشایری در مقایسه با سایر مطالعات انجام شده در استان چهارمحال و بختیاری بیشتر بود.

منظوری و همکاران (۱۳۸۸) گزارش دادند که ۶۳/۷٪ سالمندان اصفهانی مبتلا به افسردگی بودند. آنها نتیجه گرفتند که با توجه به شیوع بالای افسردگی در سالمندان و نقش مهم زندگی تنها در ایجاد آن، به کارگیری مداخلات لازم از جمله آموزش علائم ابتلا به افسردگی جهت تشخیص زودهنگام و مراجعه به موقع سالمند جهت درمان بیماری، بسترسازی فرهنگی و ایجاد زمینه‌های لازم برای ازدواج مجدد سالمندان تنها، ضروری می‌باشد.

کرمی (۱۳۸۸) یک پژوهش علی مقایسه‌ای از نوع پس‌رویدادی با حجم نمونه ۱۰۰ نفر شامل ۵۱ نفر مجرم و ۴۹ نفر از افراد عادی، با استفاده از آزمون میلون ۳ انجام داد. نتایج نشان داد که در خرده‌مقیاس‌ها الگوهای بالینی شخصیت شامل اسکیزوئید، دوری‌گزین، افسرده، ضداجتماعی، وسواسی، منفی‌گرا و خودآزار و در مقیاس‌های آسیب‌شدید شخصیت از جمله اختلال اسکیزوتایپال، مرزی و پارانوئید و در مقیاس‌های نشانگان بالینی شامل اختلال اضطرابی، شبه جسمی، افسرده‌خویی، وابستگی به الکل و مواد و استرس پس از ضربه و در نشانگان شدید بالینی مقایسه‌ای اختلال تفکر، افسردگی اساسی، و اختلال هذیانی بین میانگین نمرات دو گروه مجرم و عادی تفاوت معنی‌داری وجود دارد و میانگین نمرات گروه مجرم

بالا تر است و در خرده‌مقیاس‌های اختلال شخصیتی دیگر آزار و مقیاس‌های بالینی و سواسی و مانیک بین دو گروه تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد. در مقیاس‌های اختلال شخصیت نمایشی و خودشیفته بین دو گروه مجرم و عادی نیز تفاوت معنی‌داری وجود دارد و میانگین نمرات گروه عادی بیشتر از گروه مجرم است.

آلبوکردی و همکاران (۱۳۸۹) گزارش دادند که در میان زندانیان مرد ۹۳/۹٪ از نشانگان افسردگی خفیف تا شدید رنج می‌بردند. بین عزت نفس و افسردگی همبستگی معنی‌داری مشاهده شد. اما رابطه معنی‌داری بین افسردگی و حمایت اجتماعی وجود نداشت. عزت نفس یکی از عوامل پیش‌بینی‌کننده افسردگی در زندانیان مرد بود. در حالی که وجود نقش پیش‌بین برای حمایت اجتماعی تایید نشد. آنها نتیجه گرفتند که با توجه به شیوع بالای نشانگان افسردگی در زندانیان مرد، ارائه خدمات روانشناختی در جهت کاهش شیوع افسردگی و آسیب‌های ناشی از آن ضروری به نظر می‌رسد.

حسینی و مهدی زاده اشرفی (۱۳۹۰) گزارش دادند که بین میزان افسردگی و سطح نمرات دانشجویان رابطه معکوس وجود دارد و همچنین میزان افسردگی در زنان، دانشجویان مجرد و دانشجویان بیکار بیشتر از گروه‌های مشابه بوده است.

فرج تبار بهرستاق، عسکری، کاظمی و سیارنژاد (۱۳۹۰) گزارش دادند که افسردگی و عملکرد و منبع کنترل دبیران مرد و زن به ترتیب خفیف، متوسط و درونی می‌باشد. بین میزان افسردگی و عملکرد دبیران مرد و زن اختلاف معنی‌داری وجود نداشت ولی بین منبع کنترل دبیران مرد و زن اختلاف معنی‌داری وجود داشت. بین میزان افسردگی، عملکرد و منبع کنترل رابطه معنی‌داری وجود نداشت.

سجادی و همکاران (۱۳۹۱) با مرور نظام‌مند مطالعات مرتبط با میزان شیوع و عوامل مؤثر بر افسردگی و مداخلات درمانی آن در سالمندان ایرانی نشان دادند که میانگین شیوع این اختلال در سالمندان ساکن سرای سالمندان با ابزار یک معادل ۹۵/۶۴٪ و با ابزار GDS در ۸۵/۸۱٪ می‌باشد. همچنین شیوع افسردگی در سالمندان ساکن منزل با ابزار GDS نیز معادل ۵۷/۵۸٪ بود. از مهم‌ترین عوامل مرتبط با افسردگی در مطالعات ایرانی می‌توان به جنس زن،

## افسردگی مردان: جنبه‌های زیستی و روانشناختی / ۴۷

تاehl، سکونت در سرای سالمندان، میزان تحصیلات، سن و وضعیت اقتصادی اجتماعی اشاره کرد. هم چنین روان درمانی، دارو درمانی و ورزش به ترتیب بیشترین مداخلات این گروه سنی را تشکیل می‌دادند.

منتظری و همکاران (۱۳۹۲) گزارش دادند که شیوع افسردگی در جمعیت‌های مختلف ایرانی از ۵/۶۹ تا ۷۳٪ متغیر است. نتایج نشان داد که افسردگی در زنان و دختران بیشتر از مردان است. افسردگی در زنان ۱/۷ برابر بیشتر از مردان بود. همچنین شیوع افسردگی در جمعیت روستایی و شهرهای کوچک به نسبت شهرهای بزرگ بیشتر بود. افراد بیوه بیشترین میزان افسردگی و بعد از آن به ترتیب افراد مطلقه و متأهل بیشترین درصد و افراد مجرد کمترین درصد افسردگی را داشتند.

پژوهش‌هایی در قالب پایان نامه کارشناسی ارشد رشته روانشناسی انجام گرفته که نتایج آنها به شرح زیر است: یافته‌های یک پژوهش در سال ۱۳۹۲ نشان داد که بین میزان افسردگی امدادگران مرد که بیش از چهار سال سابقه دارند با امدادگرانی که کمتر از چهار سال سابقه دارند تفاوت معناداری وجود ندارد. نتایج یک پژوهش دیگر در سال ۱۳۹۳ نشان داد که بین زنان زندانی و غیر زندانی شهر قزوین و همین طور زمان زندانی مجرد و متأهل از لحاظ افسردگی تفاوت وجود دارد ولی بین زنان زندانی و مردان زندانی تفاوت وجود ندارد. پژوهشی دیگر در سال ۱۳۹۳ گزارش داد که در شهر نظرآباد میزان افسردگی در مردان بازنشسته، به علت بیکاری بیشتر از افراد شاغل است.

بهرامی، دادفر، لستر و عبدالخالق (۲۰۱۴) گزارش دادند که زنان سالمند در مقایسه با مردان سالمند در مقیاس افسردگی مرگ (DDS) نمرات بالاتری را کسب نمودند ولی این تفاوت معنی‌دار نبود.

## درمان افسردگی

اگر شما یا یکی از نزدیکان تان قصد خودکشی دارد، از دکتر خود، نزدیک ترین اتاق اورژانس بیمارستان یا خدمات اضطراری، درخواست کمک فوری کنید.

اگر مشکوک هستید که دچار افسردگی شده‌اید، یک معاینه فیزیکی را با دکتر خانوادگی خود برنامه ریزی کنید. شرایطی مانند یک عفونت ویروسی، بیماری تیروئید و سطوح تستوسترون پایین می‌تواند علائم مشابه افسردگی را ایجاد کنند. اگر دکتر شما چنین شرایطی را به عنوان علت علائم افسردگی تان رد کرد، گام بعدی ممکن است غربالگری افسردگی باشد.

درمان ممکن است شامل روان درمانی کوتاه مدت، داروهای ضدافسردگی یا هر دو باشد. برای افسردگی شدید، به خصوص اگر عودکننده باشد، ترکیبی از روان درمانی و دارو ممکن است لازم باشد. دو نوع روان درمانی کوتاه مدت (۱۰ تا ۲۰ هفته)، برای افسردگی مفید و سودمند شناخته شده‌اند. یک نوع آن، درمان شناختی رفتاری (CBT) است که کمک می‌کند تا تفکر و رفتار منفی تان را تغییر دهید. نوع دیگر، درمان بین فردی (IPT) است که کمک می‌کند تا شما روی روابط مشکل دار کار کنید. اثربخشی سایر روش‌های درمانی مانند درمان شناختی (CT)، فراشناختی (MCT)، درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن (MBCT) و روان درمانی وجودی بر تغییر افکار و شناخت‌ها و درمان افسردگی در پژوهش‌های زیادی تایید شده است. درگاهیان و همکاران (۱۳۹۰) نشان دادند که درمان فراشناختی (MCT) با کاهش میزان نشخوار فکری، توجه معطوف به خود، باورهای فراشناختی مثبت و منفی در کاهش علائم افسردگی موثر است و تغییرات درمانی ایجاد شده در پیگیری دو ماهه پایدار باقی می‌ماند. خانی پور، برجعلی و محمدخانی (۱۳۸۹) اثر بخشی درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن (MBCT) را بر روی نشانه‌های عمومی بیماران با سابقه یک دوره افسردگی اساسی گزارش دادند. خانی پور و برجعلی (۱۳۹۲) اثر بخشی MBCT را بر روی نشانه‌های افسردگی و اندیشناکی در افراد با سابقه یک دوره افسردگی اساسی بررسی کردند و گزارش دادند که درصد بهبودی بالینی برای نشانه‌های افسردگی و اندیشناکی برای کل شرکت‌کننده‌ها ۴۷٪ و ۷۸٪ است. این نتایج برای سه بیمار از لحاظ بالینی معنادار به دست آمد. آنها نتیجه گرفتند که MBCT در قالب جلسات انفرادی درمان مؤثری در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی است. طباطبایی، معماریان، غیائی و عطاری (۱۳۹۲) گزارش دادند



که بین باورهای فراشناختی و سبک‌های ابراز هیجان افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی و دانشجویان غیر افسرده، تفاوتی معنی‌دار وجود داشت. همچنین، مؤلفه‌های ابراز هیجان منفی، نشخوار یا مرور ذهنی، دوسوگرایی در ابراز هیجان مثبت و دوسوگرایی در ابراز استحقاق و سایر مؤلفه‌های باورهای فراشناختی، بین دو گروه مورد مطالعه، تفاوت معنی‌دار داشتند. آنها نتیجه گرفتند که به نظر می‌رسد ناکارآمدی افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی، مربوط به چگونگی باورهای فراشناختی و نحوه‌ی ابراز هیجان‌شان می‌باشد. بنابراین، با توجه به این که بیماران یاد شده، به تحریف وقایع و پدیده‌ها می‌پردازند و از طرفی فاقد مهارت‌های مورد نیاز برای تعبیر احساسات خود هستند، در کشمکش درونی بین نحوه‌ی باورهای فراشناختی و ابراز هیجان گرفتار شده، نه تنها در درک احساسات خود با مشکل مواجه می‌شوند، بلکه طی پردازش هیجانی از تمایلاتشان برای عمل بر اساس هیجان، خودآگاهی دقیقی ندارند. تقی‌یاره، اسکندری، اعوانی، دلاور و سهرابی (۱۳۹۱) بسته‌ی روان‌درمانگری وجودی بر اساس اندیشه‌ی جلال‌الدین محمد مولوی را تهیه کردند و نتیجه گرفتند که درمان پیشنهادی در کاهش افسردگی بیماران موثر می‌باشد.

داروهای ضدافسردگی شامل مهارکننده‌های انتخابی بازجذب سروتونین (پروزاک، زولفت و غیره)، داروهای ضدافسردگی سه حلقه‌ای (نورپرامین، پامیلور و غیره) و داروهای ضدافسردگی بازجذب ترکیبی (ولبوترین و افکسور) و... هستند. هر داروی ضدافسردگی می‌تواند عوارض جانبی جنسی ایجاد کند. در مردان، این عوارض جانبی ممکن است شامل مشکلات دستیابی به/و حفظ نعوظ باشد. با کمک دکتر خود دارویی‌ای را انتخاب کنید که در عین حال که به طور موثر علائم افسردگی شما را درمان می‌کند، حداقل عوارض جانبی جنسی را برای شما ایجاد نماید، زیرا این عوارض می‌توانند افسردگی شما را بدتر کنند. داروهای ضدافسردگی در زیر معرفی شده و در مورد عملکرد این داروها، افزایش مصرف دارو/ تبعیت دارویی (Adherence)، عدم مصرف دارو/ تبعیت دارویی (NonAdherence)، انواع Nonadherence، عوامل خطر روانشناختی برای Nonadherence، عوامل خطر جمعیت شناختی و بالینی برای Nonadherence، شخصیت و Adherence، عوامل خطر مرتبط با

درمان دارویی، بهبود بخشیدن به تبعیت درمانی Adherence، سنجش Adherence، کنترل کمک فناوری (Technology – assisted monitoring)، ثبت دوباره یا تعویض دارو (Pharmacy refill records)، سنجش بیولوژیک، سنجش درجه بندی خود و مصاحبه گر از Adherence، مقیاس درجه بندی نگرش نسبت به Adherence، انتخاب دارو (Drug selection) و عوامل دارویی (Drug factors) اطلاعاتی ارائه شده است.

دانستن اینکه این داروهای خاص چگونه عمل می‌کنند و طی مراحل افسردگی چه تاثیری بر روی بدن می‌گذارند، اهمیت دارد. سروتونین یک ماده شیمیایی در بدن است که به اطلاعات منتقل شده بین انتقال دهنده‌های عصبی در مغز کمک می‌کند. یکی از عملکردهای سروتونین مشخص کردن خلق و هیجان‌های افراد است. وقتی که سطوح سروتونین دچار کمبود شوند، ممکن است علائم افسردگی بروز کند. داروهای ضدافسردگی از طریق مسدود کردن بازجذب سروتونین، با ایجاد سطوح بالاتر و تعادل مطمئن بین سلول‌های عصبی در مغز، با ویژگی‌های کاهش افسردگی به‌وجود آمده، به درمان افسردگی کمک می‌کنند. در حال حاضر، بیشترین نوع استاندارد داروهای ضدافسردگی، مهارکننده‌های اختصاصی بازجذب سروتونین یا SSRIs هستند.

#### مهارکننده‌های اختصاصی بازجذب سروتونین (SSRIs)

SSRIs، به دلیل عوارض جانبی خفیف‌تر و کمتر، بیش از سایر داروهای ضدافسردگی توصیه می‌شوند. برخی از داروهای SSRIs که جهت استفاده بیشتر با آنها آشنا هستیم عبارتند از:

❖ فلوکستین (پروزاک) (Prozac)

❖ پاروکستین (پاکسیل) (Paxil)

❖ اکسیاتالوپرام (لیکسapro، ایسپرام) (Lexapro, Esipram)

❖ سیتالوپرام (سلیکسا) (Celexa)

❖ سرترالین (زولفت) (Zoloft)

❖ فلووکسامین (لوواکس) (Luvox)

در اکثر موارد، تجویز داروهای ضدافسردگی برای تاثیر کاملاً اثربخش، ۲-۶ هفته طول می‌کشد و با شروع مصرف، عوارض جانبی زیاد آنها شروع می‌شود. عوارض جانبی شامل عصبانیت، خشکی دهان، خواب آلودگی، کاهش اشتها، بی‌خوابی، اضطراب و کاهش توانایی عملکرد جنسی می‌باشند. با گذشت زمان، این عوارض جانبی کمتر می‌شوند و بدن با داروی جدید سازگار می‌شود. سلمانی و بذرافشان (۱۳۹۲) گزارش دادند که داروهای ضدافسردگی سروتونرژیک مانند فلوکستین و وینلافاکسین نیز به صورت غیرمستقیم، با تأثیر بر میل جنسی، قابلیت نعوظ و ظرفیت پرتاب منی، باروری مردان را کاهش می‌دهند. البته مکانیسم داروهای ضدافسردگی در تغییر عملکرد اسپرم شناسایی نشده است. فقط عوامل هورمونی درون ریز عصبی با تنظیم فعالیت واسطه‌های شیمیایی می‌توانند نقش مؤثری در عملکرد جنسی مردانه داشته باشند. بسیاری از واسطه‌های شیمیایی بر محور هیپوتالاموسی هیپوفیزی گنادی اثر می‌کنند و بدین طریق بر اسپرماتوزن مردان تأثیر می‌گذارند. این داروها با کنترل سمپاتیک و پاراسمپاتیک، بر تحریک جنسی، نعوظ، انزال، ارگاسم و حتی به واسطه اثرات جانبی داروها بر گیرنده‌های کولینرژیک و آدرنرژیک می‌توانند بر باروری نیز تأثیر داشته باشند. ذکر این نکته بسیار حائز اهمیت است که افراد هنگام مصرف داروهای ضدافسردگی از نزدیک توسط یک پزشک آموزش دیده، تحت نظر قرار بگیرند. در مواردی که SSRIs موثر نیستند، سایر انواع داروهای ضدافسردگی در دسترس شامل مهارکننده‌های بازجذب سروتونین - نوراپی نفرین (SNRIs)، مهارکننده‌های مونو آمین اکسیداز یا MAOIs، داروهای ضدافسردگی سه حلقه‌ای، داروهای ضدافسردگی نورآدرنرژیک و سروتونرژیک اختصاصی (NaSSAs)، مهارکننده‌های بازجذب نوراپی نفرین (NRIs) و مهارکننده‌های بازجذب نوراپی نفرین - دوپامین (NDRIs) وجود دارند.

#### مهارکننده‌های بازجذب سروتونین - نوراپی نفرین (SNRIs)

SNRIs مشابه SSRIs هستند آنها می‌توانند روی انتقال دهنده عصبی و هورمون نوراپی نفرین که توسط غده آدرنال ترشح می‌شود، تاثیر بگذارند. غده آدرنال با هورمون

اپی نفرین که هنگام خروج انرژی به هنگام استرس رها می‌شود، همزمان ترشح می‌شود. SNRIs می‌توانند بازجذب نوراپی نفرین را مهار کنند که هنگام درمان افسردگی ایجاد تعادل می‌کنند. SNRIs عبارتند از:

❖ دیسوین لافاکسین (پریستیک) (Pristiq)

❖ دلوکستین (سیمباتا) (Cymbalta)

❖ میلناسپیرام (ایکسل) (Ixel)

❖ ونلافاکسین (افکسور) (Effexor)

علت افت استفاده از SNRIs این است که هنگامی که مصرف آنها متوقف می‌شوند، سطح علائم ترک بالاتری دارند. مقدار دوز مصرفی هنگامی توصیه می‌شود که با متوقف کردن درمان، عوارض جانبی ترک، کم شوند. عوارض جانبی این داروها شبیه به عوارض جانبی ذکر شده برای داروهای SSRI هستند.

مهارکننده‌های مونو آمین اکسیداز (MAOIs)

اگر سایر داروهای ضدافسردگی موثر نیستند، MAOIs ممکن است مورد استفاده قرار بگیرند. با این حال، امکان مرگ بالقوه هنگام استفاده از این داروها در ترکیب با غذاهای حاوی تیرامین، شراب قرمز و داروهای معینی وجود دارد. به دلیل این خطر احتمالی، MAOIs به ندرت تجویز می‌شوند. MAOIs ممکن است از طریق ممانعت از آنزیم مونو آمینواکسیداز که انتقال دهنده‌های عصبی سروتونین، نوراپی نفرین و دوپامین را تجزیه می‌کند، موثر واقع شوند. همان طور که پیشتر بحث شد، زمانی که سطوح پایین این انتقال دهنده‌های عصبی وجود دارند، علائم افسردگی ممکن است به وجود بیاید. به دلیل عوارض جانبی خطرناک MAOIs، یک گروه فعلی MAOIs با خطرات کمتر اما همچنان با عوارض جانبی مانند افزایش سریع و شدید وزن تولید شده‌اند، ولی بیمار به رژیم غذایی هنگام ترکیب داروها به گونه‌ای که در MAOIs اولیه بود، نیازی ندارد. MAOIs فعلی عبارتند از:

❖ ایزوکربوکساید (مارپلان) (Marplan)

- ❖ فنلزین (ناردیل) (Nardil)
- ❖ ترانیل سایپرومین (پارنیت) (Parnate)
- ❖ سیلیپرلین (الدیپریل، ایمسام) (Eldepryl, Emsam)
- ❖ مکلوبماید (آروریکس، مانیریکس) (Aurorix, Manerix)

#### ضدافسردگی‌های سه حلقه‌ای (TCAs)

TCAs از دهه سال‌های ۱۹۵۰ مورد استفاده قرار گرفته‌اند و به عنوان قدیمی‌ترین گروه داروهای ضدافسردگی طبقه بندی شده‌اند و هنوز هم خیلی موثر هستند. از آنجایی که داروهای ضدافسردگی جدیدتر مانند SSRIs کشف شده‌اند، استفاده از TCAs عمدتاً به دلیل استفاده بیشتر از داروهای سالم تر و انتخابی تر در دسترس، کاهش یافته است. عوارض جانبی TCAs عبارتند از: افزایش ضربان قلب، خواب آلودگی، تاری دید، سرگیجه، خشکی دهان، اختلال در عملکرد جنسی و گیجی و منگی. به دلیل تاثیری که این داروها بر روی قلب دارند، دوزهای بالای این داروها به دلیل آریتمی کشنده می‌توانند مرگبار باشند، اما هنوز به دلیل موفقیت شان در درمان افسردگی، به خصوص موارد شدید افسردگی اساسی، تجویز می‌شوند. TCAs عبارتند از:

#### داروهای ضدافسردگی سه حلقه‌ای آمینی نسل سوم:

- ❖ تریمی پرامین (سورمتیل) (Surmontil)
- ❖ آمی تریپ تیلین (ایندیپ، ایلاویل) (Elavil, Endep)
- ❖ دوکسپین (آداپین، سینکوان) (Adapin, Sinequan)
- ❖ کلومیپرامین (آنافرانیل) (Anafranil)
- ❖ ایمی پرامین (توفرانیل) (Tofranil)

#### داروهای ضدافسردگی‌های سه حلقه‌ای آمینی نسل دوم:

- ❖ دزی پرامین (نورپرامین) (Norpramine)

❖ پروتریپ تیلین (ویواکتیل) (Vivactil)

❖ نورتریپ تیلین (آوینتیل، پامیلر) (Pamelor, Aventyl)

داروهای ضدافسردگی نورآدرنرژیک و سروتونرژیک اختصاصی (NaSSAs)

هدف اصلی NaSSAs افزایش سطوح انتقال دهنده‌های عصبی مانند سروتونین و نوراپی نفرین از طریق مسدود کردن سایر گیرنده‌هایی است که باعث ایجاد سطوح پایین تر این هورمون‌ها می‌شوند که علت به وجود آمدن علائم افسردگی هستند. NaSSAs یک نوع جدیدتر داروی ضدافسردگی هستند اما هنوز عوارض جانبی مانند افزایش وزن، خواب آلودگی و افزایش اشتها را با خود حمل می‌کنند. نمونه این داروها عبارتند از:

❖ میرتازاپین (Remeron, Avanza, Zispin)

❖ میانسیرین (Tolvon)

مهارکننده‌های بازجذب نوراپی نفرین (NRIs)

NRIs از طریق تاثیر بر افزایش نوراپی نفرین نتایجی مشابه سایر داروهای ضدافسردگی دارند اما همچنین به بهتر شدن تمرکز و انگیزش کمک می‌کنند. نمونه‌هایی از این داروها در زیر فهرست شده اند:

❖ ماکسیندول (Mazanor, Sanorex)

❖ آتومیکسی تین (Strattera)

❖ ویلوکسازین (Vivalen)

❖ ریبوکسی تین (Edronax)

مهارکننده‌های بازجذب نوراپی نفرین - دوپامین (NDRIs)

NDRIs روندی مشابه با سایر NRIs را از طریق مسدود کردن مهارکننده‌های نوراپی نفرین دارند و همچنین بازجذب دوپامین را مسدود می‌کنند. دوپامین هورمون دیگری

است که در برقراری ارتباط بین انتقال دهنده‌های عصبی مرتبط با افسردگی کمک می‌کند. یک NDRI شناخته شده عبارت است از:

#### بوپروپیون (Wellbutrin, Zyban)

بوپروپیون بر خلاف سایر داروهای ضدافسردگی افزایش وزن یا اختلال در عملکرد جنسی ایجاد نمی‌کند. بوپروپیون به خودی خود موثر است یا می‌تواند برای یک نتیجه مثبت بیشتر با سایر داروهای ضدافسردگی ترکیب شود. بوپروپیون همچنین برای کمک به افرادی که در حال تلاش برای ترک سیگار هستند، دارویی شناخته شده است. حائز اهمیت است که به هر گونه تغییرات و یا ناراحتی‌های همراه با مصرف داروهای ضدافسردگی توجه شود. داروی ضدافسردگی مناسب با استفاده طولانی مدت باید برای فرد احساس راحتی به همراه بیاورد. با گذشت زمان، ممکن است نیاز به تغییر در تجویز داروهای ضدافسردگی به وجود بیاید. در این رابطه بایستی از یک پزشک آموزش دیده و دارای مجوز درخواست کمک نمود و از نزدیک بر تغییرات نظارت کرد.

#### افزایش مصرف دارو/ تبعیت دارویی (Adherence)

سازمان بهداشت جهانی افزایش مصرف دارو/ تبعیت دارویی یا Adherence را به عنوان " گستره‌ای که در آن رفتار فرد - گرفتن دارو، پیگیری یک رژیم غذایی، و/ یا انجام تغییرات در سبک زندگی با توصیه‌های مورد توافق از یک متخصص مراقبتی بهداشتی منطبق می‌شود"، تعریف می‌کند. Adherence در ۵۰ تا ۶۵ درصد از بیماران سرپایی و ۴۰ تا ۷۵ درصد از بیماران سرپایی سالمند وجود دارد.

#### عدم مصرف دارو/ تبعیت دارویی (Nonadherence)

Nonadherence در اسکیزوفرنیا ۶۰٪، در اختلال دوقطبی دامنه‌ای از ۲۰ تا ۶۰٪، در اختلال افسردگی اساسی ۳۰٪ بعد از یک ماه و ۴۵ تا ۶۰٪ بعد از سه ماه وجود دارد. Adherence ناکافی ممکن است به عود، شدت و ناتوانی فزاینده، مسئولیت پذیری ضعیف تر

به درمان آینده، هزینه بهداشتی بیشتر، رفتار خودکشی گرا و پیامدهای درمانی ضعیف‌تر منجر گردد.

### انواع Nonadherence

انواع Nonadherence به شرح زیر هستند:

– Nonadherence کامل

– Nonadherence انتخابی

**Nonadherence کامل:** به شکست کامل بیمار برای پایبند بودن به دستورهای پزشک در خود اجرایی یا خود اداره هر دارویی اشاره دارد (در بیمارانی که از گرفتن درمان خودداری می‌کردند اما به ملاقات با روانپزشکان خود ادامه می‌دادند، یک میزان ۱۰ درصدی در یک نمونه از بیماران دوقطبی euthymic پیدا شد).

**Adherence متناوب یا منقطع (تعطیلات دارویی):** ترک درمان برای دوره‌های مشخصی مثل آخر هفته، قبل از یک جلسه یا وعده ملاقات مهم، یک سناریوی شایع است.

**Adherence دیررس:** برخی بیماران مقاومت اولیه برای پذیرش اینکه آنها اختلالی دارند را نشان می‌دهند، و نیازشان را برای درمان انکار می‌کنند، اما بعد از عودهای مکرر تشخیص بیماری را تایید می‌کنند و با آن سازگار می‌شوند و به یک Adherence کامل یا نسبی سوئیچ می‌کنند.

**Nonadherence دیررس:** بعد از ۲ یا ۳ سال Adherence کامل، برخی از بیماران شروع به عدم ادامه درمان نگهدارنده می‌کنند.

**سوء مصرف (Abuse):** مصرف داروی بیشتر تا میزان تجویز شده خیلی شایع است، به‌ویژه وقتی همبودی با یک اختلال دارویی / مواد یا یک اختلال شخصیت (۱۰ تا ۱۵ درصد) وجود دارد.



### Nonadherence عمدی و غیر عمدی:

**Nonadherence عمدی:** باورها و نگرش‌ها در خصوص درمان که به نوبه خود به طور منفی روی انگیزش بیمار برای مصرف دارو تاثیر می‌گذارد.

**Nonadherence غیر عمدی:** توانایی و محدودیت‌های منابع برای مثال هزینه‌های بالای درمان یا فراموشکاری

### عوامل خطر روانشناختی برای Nonadherence

عوامل خطر روانشناختی برای Nonadherence شامل موارد زیر هستند:

\* فقدان آگاهی از بیماری

\* انکار شدت اختلال

\* مشغولیت‌های ذهنی در خصوص دارو:

- در نظر گرفتن مصرف دارو به عنوان برده آن بودن/برده آن شدن

- ترس از وابستگی به دارو

- شرمسار بودن به دلیل مصرف داروهای روان گردان

- تلقی کردن دارو به عنوان یک چیز ناسالم یا غیر طبیعی

- تجربه احساسات منفی در باره اینکه خلق شان توسط داروها کنترل شده است.

\* نگرش نسبت به بیماری و باورهای بهداشتی (منبع کنترل درونی): آنها باید برای

کنترل علایم شان تلاش سخت تری بکنند.

\* خانواده و دوستان:

- خانواده و مشکلات بین فردی

- انگ اجتماعی

\* تفاوت‌های نژادی و قومی و خود ادراک‌های سوگیری شده به لحاظ فرهنگی (ترس

از اعتیاد، دارو به عنوان یک نماد بیماری)

### عوامل خطر جمعیت شناختی و بالینی برای Nonadherence

- عوامل خطر جمعیت شناختی و بالینی برای Nonadherence شامل موارد زیر هستند:
- \* ریسک بالا برای Nonadherence، به طور واقعی در هر دو گستره فراخانی زندگی نوجوانان و سالمندان وجود خواهد داشت.
- \* مشخص نیست که جنس مرد با Nonadherence ارتباط دارد.
- \* در تعدادی از بررسی‌ها گزارش شده است که مجرد بودن به عنوان یک عامل خطر برای Nonadherence می‌باشد.
- \* بیماران دو قطبی روانپزشکی در مقایسه با بیماران غیرروانپزشکی ممکن است به Nonadherence مستعدتر باشند و این ممکن است مرتبط با نقص شناختی باشد.
- \* Nonadherence در ۶۰ تا ۸۰٪ از افراد در ماه قبل از بستری شدن رخ می‌دهد.
- \* همبودی با اختلال شخصیت به‌ویژه در گروه B اختلالات شخصیت یا مصرف مواد

### شخصیت و Adherence

- شخصیت بیمار با Adherence ارتباط دارد مانند:
- \* عاطفه منفی، تکانشگری، الکسی تایمیا و آنتاگونیزم با Nonadherent عمدی مرتبط هستند.
- \* تکانشگری، آنتاگونیزم و الکسی تایمیا پایان متضاد ابعاد صفت با وجدان بودن/وظیفه شناسی، توافق جویی و باز بودن به تجربه است.

### عوامل خطر مرتبط با درمان دارویی

- عوامل خطر مرتبط با درمان دارویی شامل موارد زیر هستند:
- \* اثرات جانبی
- \* طول مدت درمان
- \* بیماران احساس خوب شدن می‌کنند و برای درک نیاز به مصرف دارو شکست می‌خورند.

\* تعداد داروهای مختلف

\* نوع داروی ضدافسردگی: گزارش شده است که فلوکستین در مقایسه با سایر ضدافسردگی‌ها میزان Adherence بهتری دارد، و از میان ضدافسردگی‌های سه حلقه‌ای، ایمی پیرامین و نورتریپ تیلین با Adherence بهتری همراه هستند.

### بهبود بخشیدن به تبعیت درمانی Adherence

با استفاده از روش‌های زیر می‌توان میزان Adherence را افزایش داد:

\* آموزش دادن به بیمار

\* متفق و متحد بودن / همدردی پزشک - بیمار

\* آموزش دادن به خانواده

\* راهبردهای مدیریت بالینی

\* سادگی / ساده بودن درمان

\* مدیریت فعال اثرات جانبی

\* پسخوراند رفتاری

\* آموزش پزشک معطوف به بهبود بخشی درک / فهم افسردگی و مدیریت بیماران

\* کنترل سطح پلاسما

\* تشویق و حمایت توسط خانواده و دوستان

\* انتخاب دارو با نیمرخ اثر جانبی مناسب

\* ارائه تقویت مثبت

\* تشویق خود مراقبتی بیمار

\* تیم چند تخصصی

\* دارو با نیمه عمر طولانی‌تر

\* تعویض دارویی دیگر، استفاده از فرمول‌بندی دارویی جدید، استفاده از ضدافسردگی‌های release - کنترل شده، انتخاب درمان اولیه مناسب، استفاده از دوز کافی و مدت درمان، ارائه درمان از طریق ارائه دهنده متخصص و استفاده از مداخلات چندوجهی.

### سنجش Adherence

سنجش Adherence به شکل‌های زیر است:

\* شمارش قرص: روش " low tech "

\* ممکن است برای هر بیمار یا جمعیت به کار برده شود و اینکه نیازی به تجهیزات گران قیمت یا پرسنل آموزش دیده بالا وجود ندارد.

\* شمارش قرص تعیین می‌کند چه تعداد قرص از یک ظرف گم شده‌اند، و این تعداد با تعداد قرص‌هایی که باید در یک دوره خاص زمانی مصرف می‌شده‌اند، که در نتیجه این امر درصد Adherence برآورد می‌گردد.

\* یک روش معتبر و پایا برای انجام شمارش قرص، قرص‌های شمرده شده در منزل فرد، در ویزیت‌های برنامه ریزی شده بدون اطلاع و به طور تصادفی (هر ۳ تا ۴ هفته) است.

\* مشخص شده است که در جمعیت‌های روانپزشکی، شمارش قرص مبتنی بر منزل به طور متوسط تا قوی با سایر سنجش‌های Adherence مرتبط است.

### کنترل کمک فناوری (Technology – assisted monitoring)

کنترل کمک فناوری (Technology – assisted monitoring) شامل موارد زیر

هستند:

MEMS caps –

Med - eMonitor –

eCaps –

Medsignals –

### ثبت دوباره یا تعویض دارو (Pharmacy refill records)

#### سنجش بیولوژیک

- سنجش یک دارو یا متابولیت آن در سرم، ادرار، بزاق و مو برای برخی از داروها امکان پذیر است.

- به دلیل این مشکلات با ترسیم سطوح دارویی برای Adherence، برخی بررسی‌های Adherence علاوه بر دارو از ردیاب‌های بیولوژیک استفاده کرده‌اند (پر زحمت و گران).

#### سنجش درجه بندی خود و مصاحبه گر از Adherence

\* رفتار فرد همیشه با نگرش فرد نسبت به دارو یکسان نیست و می‌تواند شامل یکی از موارد زیر باشد:

- دارو را دوست دارد و مصرف می‌کند.

- دارو را دوست ندارد ولی آن را مصرف می‌کند.

- دارو را دوست دارد ولی آن را مصرف نمی‌کند.

- نه دارو را دوست دارد و نه آن را مصرف می‌کند.

\* نگرش‌های Adherence چند بعدی هستند. در هر لحظه معین، فرد برای مصرف دارو ممکن است نگرش‌هایی مطلوب و به طور همزمان نگرش‌هایی نامطلوب داشته باشد.

\* هر چه دوسوگرایی بیشتر باشد، همبسته کردن نگرش و رفتار متعاقب سخت تر می‌شود.

\* چندین تهدید برای اعتبار نگرش‌های Adherence خود گزارش دهی وجود دارند: علایم روانپزشکی مانند پارانوایا یا اختلال تفکر همچنین مطلوبیت اجتماعی و انگ/استیگما.

#### مقیاس درجه بندی نگرش نسبت به Adherence

مقیاس‌های نگرش Adherence سه بعد کلی را می‌پوشانند:

(۱) پاسخ ذهنی به دارو

(۲) سنجش بینش و آگاهی

۳) سنجش‌های جامع تاثیرات Adherence

انتخاب دارو (Drug selection)

برای انتخاب دارو دو مورد مطرح می‌باشد: ۱) تشخیص و ۲) معین نمودن علائم مورد نظر. به انتخاب و شروع درمان، سوابق بیمار، وضعیت بالینی فعلی وی و طرح درمانی باید توجه نمود. در انتخاب دارو موارد زیر مدنظر می‌باشد:

- مضر بودن
- تاثیرات روی خواب، سیستم گوارش، حرکت، وزن، رابطه جنسی، شناخت، قلب و عروق و تحریک پوست / جوش یا چگونگی آثار نامطلوب دارو در ارتباط با بیمار خاص
- پاسخ قبلی، سابقه واکنش دارویی (همکاری بیمار، واکنش درمانی و آثار نامطلوب)
- بیماری‌های پزشکی
- تاریخچه خانوادگی یا سابقه واکنش دارویی خانواده بیمار
- علایم
- همکاری بیمار / تبعیت
- روش کار معمول پزشک
- قیمت دارو

عوامل دارویی (Drug factors)

عوامل دارویی شامل این موارد هستند: فارماکودینامیک (مکانیزم گیرنده، منحنی واکنش به دوز، شاخص درمانی، پیدایش تحمل، وابستگی و پدیده‌های ترک دارو، آگونیست، آنتاگونیست، آگونیست نسبی، آگونیست مخالف، اثرات جانبی مضر، پاسخ و تداخل دارویی)، فارماکوکینتیک (متابولیزم، نیمه عمر و تداخل دارویی)، دوز دارو، مدت درمان، تعداد ویزیت‌ها، شکست درمانی، تحمل، ترک و شاخص درمانی.

اگر داروهای ضد افسردگی کار ساز نباشند، ممکن است بیمار به درمان با الکتروشوک (ECT) پاسخ دهد که از الکتریسته، برای القاء تشنج‌های مغزی استفاده می‌کند که افسردگی

را از بین می‌برد. روش ECT امروزی بی خطر و موثر و عوارض جانبی آن معمولاً خفیف است.

### راهبردهای خود یاری

با درمان پزشکی مناسب، ممکن است متوجه شوید که خواب و اشتهایتان بهبود یافته، قبل از اینکه خلق تان بهبود پیدا کند. اما احساس بی ارزشی، بی یאوری، درماندگی و ناامیدی ممکن است به تدریج محو شوند به طوری که به این واقعیت پی ببرید که آنها بیشتر به افسردگی تان مربوط هستند تا شرایط زندگی واقعی تان. ضمناً، در اینجا برخی از کارهایی وجود دارند که می‌توانید بروی خودتان انجام دهید تا بهبودتان را تسریع کنید:

- با توجه به افسردگی، اهداف واقع بینانه تنظیم نمائید و میزان منطقی‌ای از مسئولیت را بپذیرید.
- کارهای بزرگ را به کارهای کوچک خرد کنید، اولویت‌ها را تنظیم کنید و آنچه را که می‌توانید، انجام دهید، به گونه‌ای که بتوانید آن کار را انجام دهید.
- زمان را با افرادی صرف کنید که می‌توانید به آنها اعتماد کنید.
- درگیر فعالیت‌های لذت بخش مانند ورزش ملایم، رفتن به سینما، بازی بیس‌بال، یا شرکت در مراسم مذهبی و یا اجتماعی بشوید.
- به خانواده و دوستان اجازه دهید تا به شما کمک کنند.
- از تصمیم‌گیری‌های مهم مانند تغییر دادن شغل یا ازدواج کردن یا طلاق گرفتن، تا پس از بهبود از افسردگی، اجتناب کنید.
- به یاد داشته باشید که تفکر مثبت را جایگزین تفکر منفی کنید.
- برای مردان و زنان، ورزش آئروبیک می‌تواند خلق را از طریق بالا بردن سطوح مغزی مواد شیمیایی افزایش دهنده خلق، بهبود بخشد. ورزش آئروبیک همچنین می‌تواند از طریق ارتقاء دادن کاهش وزن و قدرت ماهیچه‌ای بهبود یافته، اعتماد به نفس را افزایش دهد.

یوگا که شامل حرکات ریتمیک کششی و تنفس کنترل شده می‌باشد، ممکن است از طریق کاهش تنش و خشم، به تخفیف علائم افسردگی مردان کمک کند.

### تمرین مهارت‌های سالم برای مقابله با افسردگی

مقدار زیادی تعهد و شاید مقداری تواضع و فروتنی برای برخی از مردان جهت برداشتن اولین گام‌های لازم برای درمان افسردگی شان، انتظار می‌رود. دریافت درمان از یک دکتر یا ارائه دهنده بهداشت روانی می‌تواند به مردان کمک کند تا مهارت‌های مقابله‌ای سالم را یاد بگیرند.

مردانی که گمان می‌کنند ممکن است از افسردگی رنج ببرند باید با یک دکتر و یا درمانگری که ممکن است به آنها کمک کند تا شرایط خود را درک کنند و اهداف واقع‌بینانه‌ای را تعیین کنند، که به بهبود تدریجی زندگی شان کمک خواهد کرد، مشورت کنند. انواعی از درمان‌های موثر برای افسردگی وجود دارند از جمله دارو درمانی، گروه درمانی، گروه‌های حمایتی و مشاوره فردی.

توجه به این واقعیت اهمیت دارد که می‌توان به مردان به وسیله انواع روش‌ها کمک کرد از جمله:

- ورزش
- رژیم غذایی
- در تماس بودن با معنویت خود
- روان درمانی فردی و گروهی
- داروها
- آموزش مردان برای ایجاد حمایت‌های اجتماعی که از دست داده‌اند و یا تا به حال هرگز نداشته‌اند.
- آموزش مردان برای عشق ورزیدن و پذیرش آنچه که واقعاً هستند.



### راهبردهای مقابله‌ای سالم و ناسالم

راهبردهای مقابله‌ای ناسالمی که بسیاری از مردان به هنگام مواجهه با افسردگی به کار می‌برند عبارتند از نوشیدن بیش از حد الکل، مصرف مواد غیرقانونی، کار کردن بیش از حد، رانندگی بی پروا، رابطه جنسی ناایمن و منزوی کردن خود از همه دنیا.

راهبردهای مقابله‌ای سالم شامل صحبت کردن با یک مشاور یا دوست مورد اعتماد در مورد افکار و احساسات، جهت دلایل کشف نشده احتمالی افسردگی، و درگیر شدن در فعالیت‌هایی است که زمانی از آن لذت می‌بردند.

افسردگی می‌تواند مانند یک سنگینی له و خرد شده احساس شود که هیجان‌ها و افکارشان را خاموش می‌سازد و شما را به قطع ارتباط از همه روشنایی‌های دنیا تهدید می‌کند. افسردگی شما را به یک پرتگاه تاریک فرو می‌برد که در آن همه چیزهایی که زمانی از آنها لذت می‌بردید، مرده به نظر می‌رسند. هر چند که ممکن است اینطور احساس شود که هیچ چیزی برای پایان دادن به بدبختی تان وجود ندارد، ولی افسردگی می‌تواند درمان شود.

به یاد داشته باشید، لازم نیست در سکوت یا به تنهایی از افسردگی رنج ببرید. اگر بتوانید در اقرار به و پذیرش اینکه افسرده هستید شجاعت پیدا کنید، فرصت‌های خوب هستند که خانواده و دوستانتان شما را تحسین و تمجید کنند. درمان مناسب می‌تواند به شما کمک کند تا دوباره چشم انداز و دورنمایی که شما برای لذت بردن از زندگی نیاز دارید را به دست آورید و با چالش‌های اجتناب ناپذیر آن مواجهه و رودررو شوید.

### سایر روش‌ها برای درمان افسردگی

مبتلایان به این اختلال می‌توانند از روش‌های دیگری برای درمان افسردگی استفاده کنند، البته تمام این روش‌ها نه تنها در درمان بلکه حتی در پیشگیری از افسردگی نیز تاثیر قطعی دارند. این راهکارها عبارتند از:

**مصرف زعفران:** زعفران از ادویه‌های معروف است و فوائد درمانی متعدد آن شناخته شده‌اند. یکی از فوائد این ادویه بالا بردن خُلق، بهبود وضعیت روانی فرد و مقابله با افسردگی است، به گونه‌ای که حتی می‌توان تاثیر آن را با برخی از داروهای افسردگی مقایسه کرد.

**مصرف امگا - ۳:** مطالعات تایید می‌کند در بدن افراد مبتلا به افسردگی سطح پایینی از امگا - ۳ وجود دارد. همچنین در مناطقی از جهان که مصرف ماهی بیشتر است نرخ ابتلا به افسردگی در مردم کمتر است. مصرف اسیدهای چرب امگا - ۳ تهیه شده از روغن ماهی برای درمان افسردگی بسیار مهم است.

**مراقبه (مدیتیشن):** بسیاری از بررسی‌ها نشان داده‌اند که مراقبه، نقش مهمی در کاهش افسردگی دارد. مراقبه به فرد کمک می‌کند تا ذهن خود را پاک سازد و به وضعیت روانی آرام و کم‌تنشی دست پیدا کند.

**ورزش کردن:** ورزش کردن موجب ترشح دوپامین در مغز می‌شود که به مغز تکانه‌های مثبتی ارسال می‌کند و این انتقال‌دهنده عصبی می‌تواند با استرس، اضطراب و افسردگی مقابله کند.

**تنظیم خواب:** عادات اشتباه خواب، علائم افسردگی را تشدید می‌کنند. تنظیم برنامه خواب و رعایت ساعات منظم خواب شبانه در کنترل وضعیت روانی و بهبود خُلق افراد تاثیر مثبت دارد.

**آب درمانی:** داداش پور و همکاران (۱۳۹۱) گزارش دادند که تمرین درمانی در آب بر کاهش افسردگی مردان سالمند موثر است و می‌تواند به عنوان روش مداخله‌ای تاثیرگذار مورد توجه قرار گیرد.

## منابع

- احمدی، جمشید (۱۳۷۴). میزان افسردگی در دانشجویان علوم پزشکی اهواز. مجله اندیشه و رفتار، سال اول، شماره ۴، ۱۲-۵.
- احمدی، علی، یوسفی، قدرت الله (۱۳۸۷). شیوع افسردگی و عوامل مرتبط با آن در عشایر ایل بختیاری ایران در سال ۱۳۸۵. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی گرگان، ۱۰، ۲، ۶۸-۶۵.
- 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.
- آلبوکردی، سجاد، نوری قاسم آبادی، ربابه، نیکو سیر جهرمی، محمد، زاهدیان، سید فتح الله (۱۳۸۹). رابطه بین عزت نفس و حمایت اجتماعی با افسردگی در زندانیان مرد. مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران، دوره بیستم، شماره ۷۷، ۶۸-۶۱.
- ایازی، محمد هادی (۱۳۸۹). رشد آمار افسردگی و اضطراب نگران کننده است. سومین همایش انجمن جامعه شناسی ایران، تهران، دانشگاه شهید بهشتی.
- بررسی میزان افسردگی امدادگران مرد جمعیت هلال احمر شهرستان کرج با سابقه فعالیت های امدادی آنها در سال‌های ۸۳-۸۲. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی و علوم تربیتی.
- بررسی میزان تفاوت افسردگی بین مردان بازنشسته و شاغل (۱۳۹۳). پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی و علوم تربیتی.
- بی باک، محمد (۱۳۷۸). مقایسه شدت ابعاد افسردگی در زنان و مردان مراجعه کننده به کلینیک ابوریحان و کلینیک روانشناسی دانشگاه فردوسی مشهد در سال ۷۷-۷۸. پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی.
- تقی یاره، فاطمه، اسکندری، حسین، اعوانی، غلامرضا، دلاور، علی، سهرابی، فرامرز (۱۳۹۱). تدوین بسته ی روان درمانگری وجودی بر اساس اندیشه جلال الدین محمد مولوی و بررسی اثربخشی آن در درمان افسردگی و افزایش سطح تحول من. فصلنامه روانشناسی بالینی، سال سوم، شماره ۹، ۲۴-۱.
- حسینی، سید مهدی، مهدی زاده اشرفی، علی (۱۳۹۰) افسردگی و عوامل آن. پژوهشگر (فصلنامه مدیریت)، سال هشتم، ویژه نامه، ۱۱۵-۱۰۶.

خانی پور، حمید، برجعلی، احمد (۱۳۹۲). اثر بخشی درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن بر روی نشانه‌های افسردگی و اندیشناکی در افراد با سابقه یک دوره افسردگی اساسی: طرح تک موردی. فصلنامه مطالعات روانشناسی بالینی، سال چهارم، شماره ۱۳، ۴۲-۲۳.

خانی پور، حمید، برجعلی، احمد، محمدخانی، پروانه (۱۳۸۹). اثر بخشی درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن بر روی نشانه‌های عمومی بیماران با سابقه یک دوره افسردگی اساسی. روانشناسی معاصر، ویژه نامه، ۵، ۳۱۰-۳۰۸.

داداش پور، امیر، داداش پور، علی، محمودخانی، محمورضا، محمدی، رسول (۱۳۹۱). بررسی تاثیر تمرین درمانی در آب بر افسردگی مردان سالمند. مجله پژوهش در علوم توانبخشی، دوره ۸، شماره ۶، ۱۱۰۲-۱۰۹۵.

دادفر، فرشته، دادفر، محبوبه، عشایری، حسن، عاطف وحید، محمدکاظم، کاظمی، هادی، کولیوند، پیرحسین (۱۳۹۳). دمانس آلزایمر: جنبه‌های زیستی و عصب روانشناختی. 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.

دادفر، محبوبه (۱۳۸۳). بررسی نقش مذهب در بهداشت روانی و فرآیندهای روان درمانی، نقد و نظر، سال نهم، شماره سوم و چهارم، ۱۲۱-۸۴.

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

دادفر، محبوبه، بیرشک، بهروز، کولیوند، پیرحسین (۱۳۹۳). ارزیابی روانشناختی سالمندان. تهران: انتشارات میرماه.

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

## افسردگی مردان: جنبه‌های زیستی و روانشناختی / ۶۹

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

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

دادفر، محبوبه، عاطف وحید، محمد کاظم، کاظمی، هادی، کولیوند، پیرحسین (۱۳۹۳). درمان شناختی تحلیلی. تهران: انتشارات میر ماه.

دادفر، محبوبه، کولیوند، پیرحسین، اصغر نژاد فرید، علی اصغر (۱۳۹۳). بهداشت روانی مهاجران و پناهندگان. تهران: انتشارات میر ماه.

در گاهیان، ریحانه، محمدخانی، شهرام، حسنی، جعفر، شمس، جمال (۱۳۹۰). اثربخشی درمان فراشناختی بر بهبود باورهای فراشناختی، نشخوار فکری و علایم افسردگی: مطالعه‌ی تک آزمودنی. فصلنامه مطالعات روانشناسی بالینی دانشگاه علامه، ۳، ۱۰۳-۸۱.

راشکی، حسن، کاظمی، هادی، کولیوند، پیرحسین (۱۳۹۲). سنجش سلامت (چکاپ). تهران: انتشارات رویان پژوه.

رجبی، غلامرضا، عطایان، مرضیه (۱۳۸۴). علایم عاطفی فصلی (افسردگی) در شهرستان‌های اقلید، لامرد و ارسنجان از استان فارس. فصلنامه اصول بهداشت روانی، سال هفتم، شماره ۲۷ و ۲۸، ۱۴۴-۱۳۳.

سپهرمنش، زهرا، سرمست، حسین، صدر، سید فخرالدین، سربلوکی، شکوه (۱۳۸۲). بررسی شیوع و نوع افسردگی و عوامل مرتبط با آن در افراد دیابتی. فیض، شماره ۲۷، ۷۵-۶۹.

سجادی، حمیرا، محقق کمال، سید حسین، وامقی، مروئه، ستاره فروزان، آمنه، رفیعی، حسن، نصرت آبادی، مهدی (۱۳۹۱). مرور نظام مند مطالعات مرتبط با میزان شیوع و عوامل مؤثر بر افسردگی و مداخلات درمانی آن در سالمندان ایرانی. سالمند، سال هفتم، شماره بیست و هفتم، ۱۵-۷.

سلمانی، عباس، بذرافشان، محمدرفیع (۱۳۹۲). تأثیر داروهای ضدافسردگی بر باروری و عملکرد جنسی مردان. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی قزوین، دوره ۱۷، شماره ۴، ۶۱-۵۴.

ضیغمی محمدی، شراره، شهیریان، ماندانا، فهیدی، فرزاد، فلاح، ابراهیم (۱۳۹۱). اختلال جنسی در مردان مبتلا به نارسایی سیستمیک قلبی و فاکتورهای مرتبط با آن. مجله پرستاری مراقبت ویژه، دوره ۴، شماره ۲، ۴۲-۳۵.

طباطبایی، سید محمود، معماریان، سپیده، غیائی، مهناز، عطاری، عباس (۱۳۹۲) سبک‌های ابراز هیجان و باورهای فراشناختی بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی. مجله تحقیقات علوم رفتاری، دوره ۱۱، شماره ۵، ۳۴۲-۳۵۱.

طباطبایی، سید محمود، ارشدی، حمید رضا، رجبی، سارا (۱۳۸۲). ارزیابی و مقایسه تظاهرات گوناگون افسردگی در زنان و مردان مراجعه کننده به درمانگاه روان شناسی دانشکده علوم تربیتی مشهد در شش ماهه اول سال ۱۳۸۲. اصول بهداشت روانی، شماره ۱۹ و ۲۰، ۱۳۳-۱۲۸.

فرج تبار بهرستاق، سقا، عسکری، اسرا، کاظمی، اکبر، سیارنژاد، جمشید (۱۳۹۰). مقایسه رابطه میان افسردگی و منبع کنترل با سطح عملکرد ورزشی دبیران مرد و زن تربیت بدنی مقطع متوسطه آموزش و پرورش آمل. مقاله ارائه شده در نخستین همایش ملی دستاوردهای جدید علمی در توسعه ورزش و تربیت بدنی.

فهیمی، صمد، محمود علیلو، مجید، پورشریفی، حمید فخاری، علی، اکبری، ابراهیم، رحیم خانلی، معصومه (۱۳۹۳). افکار بازانجامی اندیشناکی و نشخوارفکری به عنوان سازوکارهایی برای مقابله با عدم تحمل بلا تکلیفی در اختلالات اضطراب منتشر و افسردگی عمده. مجله ی اصول بهداشت روانی، ۱۶، ۱، ۳۴-۴۶.

کاپلان، هارولد، بنیامین، سادوک (۱۳۹۱). چکیده روانپزشکی بالینی، ترجمه فرزین رضاعی. جلد دوم. تهران ارجمند.

کاظمی، هادی، بهرامی، فاضل، رضانی فرانی، عباس، کولیوند، پیرحسین، دادفر، محبوبه (۱۳۹۳). درآمدی بر بهداشت روان سالمندان از دیدگاه قرآن و حدیث. تهران: انتشارات میر ماه.

کاویانی، حسین، احمدی ابهری، سیدعلی، نظری، هدایت، هرمزی، کوروش (۱۳۸۱). شیوع اختلال افسردگی در شهر تهران، ۱۳۷۹. مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران، جلد ۶۰، شماره ۵، ۳۹۹-۳۹۳.

کرمی، مهدی (۱۳۸۸). مقایسه ویژگی‌های شخصیتی مردان دستگیر شده در طرح امنیت اجتماعی با سایر مردان. دانش انتظامی پلیس پایتخت، شماره ۶، دوره دوم، ۱۵۷-۱۴۵.

کولیوند، پیر حسین، طیه، محبوبه، دادفر، محبوبه، کاظمی، هادی (۱۳۹۳). خودکارآمدی. تهران: انتشارات میر ماه.

کولیوند، پیرحسین، کاظمی، هادی (۱۳۹۲). بازتوانی قلبی. تهران: انتشارات میر ماه.

## افسردگی مردان: جنبه‌های زیستی و روانشناختی / ۷۱

مقایسه شیوع افسردگی در بین زنان و مردان زندانی و غیر زندانی (۱۳۹۳). پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی.

منتظری، علی، موسوی، سیدجواد، امیدواری، سپیده، طاووسی، محمود، هاشمی، اکرم، رستمی، طاهره (۱۳۹۲) فصلنامه پایش، سال دوازدهم، شماره ششم، ۵۶۷-۵۹۴.

منظوری، لیلا، بابک، آناهیتا، مرآتی، محمدرضا (۱۳۸۸). افسردگی و عوامل مرتبط با آن در سالمندان اصفهانی (سال ۱۳۸۶). سالمند، ۴، ۴، ۳۳-۲۷.

مهرابی، دادفر، محبوبه (۱۳۸۲). بررسی نقش عوامل روانشناختی در اختلالات کنشی جنسی. فصلنامه اندیشه و رفتار، سال نهم، شماره ۱، ۱۱-۴.

مهرابی، دادفر، محبوبه، چیمه، نرگس (۱۳۸۵). اثربخشی روش‌های شناختی-رفتاری در درمان اختلال نعوظی نوع اضطراب عملکردی. فصلنامه اندیشه و رفتار، سال دوازدهم، شماره ۱، ۱۵-۹.

موسوی جزی، مهوش، تراشی، مهسا، عبدالرازقی، مریم (۱۳۹۲). مروری بر تأثیر اضطراب و افسردگی بر بیماری‌های پریدنتال. مجله دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران، دوره ۲۶، شماره ۲، ۱۳۶-۱۳۱.

نریمانی، محمد، آقا محمدیان، حمیدرضا (۱۳۸۴). بررسی میزان خشونت مردان علیه زنان و متغیرهای مرتبط با آن در میان خانواده‌های ساکن در شهر اردبیل. فصلنامه اصول بهداشت روانی، سال هفتم، شماره ۲۷ و ۲۸، ۱۱۳-۱۰۷.

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

وزیری یزدی، سعید، دهستانی، محمد، سلطانی گودفرامزی، حمیدرضا (۱۳۸۶). بررسی افسردگی در مبتلایان به آسم مراجعه کننده به بیمارستان شهدای کارگر شهر یزد در سال ۱۳۸۵. مجله علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی، دوره ۱۷، شماره ۳، ۱۶۴-۱۶۱.

About male depression | eHow.com [http://www.ehow.com/about\\_4567134\\_male-depression.html#ixzz1FXMISGm3](http://www.ehow.com/about_4567134_male-depression.html#ixzz1FXMISGm3)

Alizadeh, L. (2014). Effect of mitochondrial mutation on depression and anxiety. Paper presented at The Second International Anxiety Congress in Tehran, Iran, October 1-3.

American Psychiatric Association (2013). (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) Fifth ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing. pp. 123-154.

Bahrami, F., Dadfar, M., Lester, D., & Abdel-Khalek, A. M. (2014). Death distress in Iranian older adults. *Advances in Environmental Biology*, 8, 12, 56-62.

- Comprehensive Depression Center, Washington, D.C. Symposium on health disparities in male depression 11/6/2007 Morehouse School of Medicine, State of the Art Inc. and University of Michigan
- Conerly, C. (2010). Depression symptoms in men [http://www.ehow.com/about\\_4567134\\_male-depression.html#ixzz1FXMISGm3](http://www.ehow.com/about_4567134_male-depression.html#ixzz1FXMISGm3)
- Depression in a middle aged male [http://www.ehow.com/about\\_4567134\\_mal-depression.html#ixzz1FXMISGm3](http://www.ehow.com/about_4567134_mal-depression.html#ixzz1FXMISGm3)
- [En.wikipedia.org/wiki/Adjustment\\_disorder](http://en.wikipedia.org/wiki/Adjustment_disorder)
- Grace, N (2010). Signs of male depression | eHow.com [http://www.ehow.com/about\\_5415392\\_signs-male-depression.html#ixzz1FXLLBMwE](http://www.ehow.com/about_5415392_signs-male-depression.html#ixzz1FXLLBMwE)
- Hellesvig-Gaskell, K. (2010). Signs & symptoms of male depression | eHow.com [http://www.ehow.com/facts\\_5289358\\_signs-symptoms-male-depression.html#ixzz1FXMrdyta](http://www.ehow.com/facts_5289358_signs-symptoms-male-depression.html#ixzz1FXMrdyta)
- [Helpguide.org/mental/bipolar\\_disorder\\_symptoms\\_treatment.htm](http://helpguide.org/mental/bipolar_disorder_symptoms_treatment.htm)
- [Kidshealth.org/teen/your\\_mind/mental\\_health/sad.html](http://kidshealth.org/teen/your_mind/mental_health/sad.html)
- Lande, E. (2011). Male depression expected to increase, "Mancession" cited Male Depression-eHow.com <http://www.ehow.com/male-depression/#ixzz1FXK oEWra>
- Mayo Clinic Staff. (2010). Male depression: Understanding the issues
- Mohammad Sadeghi, SH., Sahab Negah, S., Kazemi, H., Khaksar, Z., Aligholi, H., Modarres Mousavi, S. M., Afsahi, A. (2014). Role of dopamine receptor D3 in depression and anxiety. Paper presented at The Second International Anxiety Congress in Tehran, Iran, October 1-3.
- Mohammad Sadeghi, SH., Sahab Negah, S., Khaksar, Z., Kazemi, H., Aligholi, H., Modarres Mousavi, S. M. (2014). Lipopolysaccharide and BDNF in anxiety and depression. Paper presented at The Second International Anxiety Congress in Tehran, Iran, October 1-3.
- [Nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/000918.htm](http://Nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/000918.htm)
- Real, T. (2000). Depression: The hidden epidemic
- Seasonal affective disorder (SAD): Symptoms. MayoClinic.com )September 22, 2011). Retrieved on March 24, 2013
- Shabani, A., Dadfar, M., Zanganeh, K., Masoud Ahmadzad Asl, M. (2014). Reliability of Persian Form of Quality of Life Questionnaire-36 Items in Patients with Bipolar I Disorder. . Paper presented at The Second International Anxiety Congress in Tehran, Iran, October 1-3.
- Signs of male depression | eHow.com [http://www.ehow.com/about\\_5415392\\_signs-male-depression.html#ixzz1FXLLBMwE](http://www.ehow.com/about_5415392_signs-male-depression.html#ixzz1FXLLBMwE)
- [wikipedia.org/wiki/Clinical\\_depression](http://wikipedia.org/wiki/Clinical_depression) (2010).



## پیوست

### جدول سنجش فعالیت‌های مورد علاقه

هر فعالیتی را که در ذیل آمده است را در نظر بگیرید و مشخص کنید چند بار در ماه گذشته اتفاق افتاده است؟ و چقدر مورد رضایت شما بوده است؟ اگر این فعالیت را در ماه گذشته انجام نداده‌اید مشخص کنید که اگر انجام می‌دادید چقدر مورد رضایت شما قرار می‌گرفت؟

### جدول سنجش فعالیت‌های مورد علاقه

فعالیت‌ها	چند بار انجام شده است؟			چقدر لذت بخش بوده است؟		
	هرگز یا به ندرت	گاهی	به کرات	هیچ	کمی	خیلی
۱) انجام سرگرمی						
۲) ورزش‌های زمستانی اسکی، قدم زدن در برف، اسکیت روی یخ، غیره						
۳) استراحت کردن						
۴) ورزش کردن						
۵) مطالعه کردن						
۶) تماشای مناظر						
۷) گوش دادن به موسیقی						
۸) وقت گذرانی با دوستان						
۹) انجام یا تماشای ورزش						
۱۰) نظافت کردن						
۱۱) سر قرار رفتن						
۱۲) مسافرت رفتن						
۱۳) آشپزی و شیرینی پزی						
۱۴) لذت بردن از طبیعت						
۱۵) بازی کردن						
۱۶) تعمیرات						
۱۷) وقت گذرانی با فامیل						
۱۸) نوشتن						
۱۹) به نمایش یا کنسرت یا برنامه رفتن						
۲۰) آموزش چیزهای تازه						

۷۴ / افسردگی مردان: جنبه‌های زیستی و روانشناختی

فعالیت‌ها	چند بار انجام شده است؟			چقدر لذت بخش بوده است؟		
	هرگز یا به ندرت	گاهی	به کرات	هیچ	کمی	خیلی
(۲۱) مراقبت از خود						
(۲۲) خرید و فروش						
(۲۳) وقت گذرانی با حیوانات						
(۲۴) کلاس رفتن						
(۲۵) به خود پرداختن						
(۲۶) به موزه و نمایشگاه رفتن						
(۲۷) صحبت کردن با تلفن						
(۲۸) در گروه بودن						
(۲۹) سرگرمی						
(۳۰) جمع کردن اشیا						
(۳۱) پیاده روی کردن						
(۳۲) افکار و خاطرات مثبت						
(۳۳) وقت گذرانی با بچه‌ها						
(۳۴) ساز زدن و آواز خواندن						
(۳۵) سر و سامان دادن						
(۳۶) انجام روابط جنسی						
(۳۷) رفتن به مهمانی و پارتی						
(۳۸) تصمیم‌گیری برای آینده						
(۳۹) شرکت در کلوب						
(۴۰) رفتن به رستوران						
(۴۱) لباس پوشیدن						
(۴۲) خیال پردازی						
(۴۳) عکاسی و دیدن تصاویر						
(۴۴) انجام صنایع دستی، بافتنی، خیاطی						
(۴۵) آموزش دادن						
(۴۶) حل مساله، پازل، جدول						
(۴۷) انجام کارهای داوطلبانه						
(۴۸) انجام مراسم مذهبی						
(۴۹) شرکت در بحث						
(۵۰) به قهوه‌خانه یا کلوب رفتن						
(۵۱) کمک به دیگران						
(۵۲) رقصیدن						

افسردگی مردان: جنبه‌های زیستی و روانشناختی / ۷۵

فعالیت‌ها	چند بار انجام شده است؟			چقدر لذت بخش بوده است؟		
	هرگز یا به ندرت	گاهی	به کرات	هیچ	کمی	خیلی
(۵۳) تماشای فیلم و تلویزیون						
(۵۴) تغییر دکوراسیون						
(۵۵) رفتن به سخنرانی						
(۵۶) خندیدن و جوک گفتن						
(۵۷) انجام پروژه						
(۵۸) استفاده از اینترنت						
(۵۹) تنهایی						
(۶۰) کاشتن گیاه						
(۶۱) فعالیت‌های خارج از خانه						
(۶۲) کارهای هنری (نقاشی، طراحی، مجسمه سازی)						

# Male depression

## Biological and psychological aspects

---



by:

**Dr. Fereshteh Dadfar**

Faculty member of Payame Noor University

**Mahboubeh Dadfar**

PhD student in clinical psychology,  
International Campus,  
Iran University of Medical Sciences

**Pir Hossien Kolivand**

Assistant of Shafa Neuroscience Research Center