

سلامت روان زنان : رویکرد و دیدگاهی جامع

علی کفیلیان یزدی

دانشجوی کارشناسی رشته روانشناسی دانشگاه یزد

چکیده

مطالعات نشان داده‌اند که زنان نسبت به مردان بیشتر در معرض ابتلا به برخی اختلالات روانی هستند. این بررسی با هدف درک دلایل این تفاوت جنسیتی، به بررسی عوامل بیولوژیکی، روان‌شناختی و اجتماعی موثر بر بروز اختلالات روانی در زنان پرداخته است. یکی از مهم‌ترین عوامل موثر بر تفاوت‌های جنسیتی در اختلالات روانی، هورمون‌های جنسی است. نوسانات هورمونی در طول چرخه قاعدگی، بارداری، زایمان و یائسگی می‌تواند بر خلق و خو و بروز اختلالات مانند افسردگی و اضطراب تاثیرگذار باشد. همچنین، تفاوت‌های در ساختار و عملکرد مغز بین زنان و مردان نیز می‌تواند در پاسخ متفاوت آن‌ها به استرس و محرک‌های محیطی نقش داشته باشد. علاوه بر عوامل بیولوژیکی، عوامل روان‌شناختی و اجتماعی نیز در بروز اختلالات روانی در زنان نقش مهمی ایفا می‌کنند. زنان بیشتر در معرض رویدادهای آسیب‌زای زندگی مانند خشونت خانگی، تروما و سوء استفاده قرار دارند که می‌تواند به بروز اختلالات استرس پس از سانحه و افسردگی منجر شود. همچنین، نقش‌های جنسیتی و انتظارات اجتماعی از زنان نیز می‌تواند بر سلامت روان آن‌ها تاثیرگذار باشد. یکی دیگر از عوامل مهم در بروز اختلالات روانی در زنان، کمبود خدمات تخصصی برای زنان است. بسیاری از خدمات سلامت روان به نیازهای خاص زنان توجه کافی ندارند و این امر می‌تواند دسترسی زنان به خدمات مورد نیاز را محدود کند. این بررسی نشان می‌دهد که اختلالات روانی در زنان یک مسئله پیچیده است که تحت تاثیر عوامل متعدد بیولوژیکی، روان‌شناختی و اجتماعی قرار دارد.

واژگان کلیدی: سلامت روان، زنان، یائسگی، افسردگی

مقدمه

مقالات آیا زنان ضعیف‌تر از مردان هستند؟ ما به دنبال چنین پاسخی نیستیم، حداقل از این زاویه (فاین، ۲۰۱۴). دانشمندان اعصاب و پزشکان با مغز به دلیل پیچیدگی آن و تعاملش با کل بدن دست و پنجه نرم کرده‌اند. با این حال، در طی ۳۰ سال گذشته، تحقیقات نوظهری پیشرفت‌های چشمگیری در درک ما از جنبه‌های روان‌شناختی و فرهنگی تفاوت‌های جنسیتی، و همچنین پایه بیولوژیکی و نحوه پیشبرد سیاست‌های پیشگیرانه، تشخیصی، عمومی و روش‌های درمانی مراقبت‌های بهداشتی در اختلالات روانی داشته است (IMW، ۲۰۰۱؛ لهار، ۲۰۰۳).

اگرچه فیزیولوژی و نوروبیولوژی زنان و مردان تقریباً یکسان است، مطالعات در مورد جنسیت و جنس به عنوان متغیرهای حیاتی مرتبط با علل و بیان شرایط پزشکی برای تعدادی از بیماری‌ها، از جمله برخی اختلالات روانی، تثبیت شده است.

اختلال تنظیم سیستم HPA به عنوان عامل اصلی در درک توسعه اختلالات خلقی مرتبط است. هورمون‌های جنسی طیف گسترده‌ای از پاسخ‌های عصبی و اقدامات بر مدارهای هیپوتالاموس-هیپوفیز-آدرنال (HPA) و هیپوتالاموس-هیپوفیز-گنادال (HPG) را تقویت می‌کنند. گیرنده‌های استروژن به طور گسترده در سراسر مغز توزیع شده‌اند - هسته پاراونتریکولار (PVN)، هسته ونترومدیال (VMN)، آمیگدال مرکزی، هیپوکامپ و ناحیه زیرژنوال. علاوه بر این، تفاوت‌های جنسی در علائم و سیر اختلالات روانی برجسته است (مک ایون، ۲۰۰۱). شواهد حاصل از تحقیقات تصویربرداری عصبی و مولکولی نشان داده‌اند که مکانیسم‌های ژنتیکی و اپی‌ژنتیکی عوامل رونویسی وابسته به هورمون بر پاسخ استرس و مدارهای تنظیم احساسات تأثیر می‌گذارند (سیان و همکاران، ۲۰۱۷؛ هولسن و همکاران، ۲۰۱۳؛ جسن، ۲۰۱۱).

نه تنها ساختار آناتومیک مغز، عملکرد و پردازش بیماری زنان، بلکه همچنین نحوه عملکرد چندین مکانیسم مانند برنامه‌ریزی اولیه زندگی، استرس پری‌ناتال، هورمون‌ها (مانند بارداری، ضد بارداری هورمونی، درمان هورمونی)، ژنتیک، اپی‌ژنتیک و عوامل استرس روان اجتماعی مانند تروما، کودک‌آزاری و خشونت خانگی با فعالیت مغز و مدارهای استرس تداخل می‌کنند، در حال حاضر به عنوان "موضوعات داغ" برای درک جامع در مورد اینکه چرا شیوع برخی اختلالات روانی در زنان بیشتر از مردان است، در نظر گرفته می‌شوند (هدس، ۲۰۱۳؛ مانک و همکاران، ۲۰۱۶؛ بوورز و یهودا، ۲۰۱۵). اختلالات افسردگی مرتبط با رویدادهای تولیدمثلی ممکن است تا حدی این خطر بالاتر را توضیح دهند، و مکانیسم‌های پاتوفیزیولوژیک شامل افزایش آسیب‌پذیری در نوسانات استروئیدهای گنادال است، اما مکانیسم‌های نورواندوکرین دیگری نیز ممکن است نقش داشته باشند (لاکیوج، ۲۰۱۱). زنان همچنین بیشتر در معرض خشونت عاطفی، فیزیکی و جنسی، از جمله خشونت شریک زندگی و تروما هستند. اجزای بیولوژیکی جنسی ممکن است همچنین در مورد اینکه چرا زنان بیشتر افسرده می‌شوند یا چرا با فرکانس بیشتری اقدام به خودکشی می‌کنند، دخیل باشند، زیرا زنان در مقایسه با مردان و در سنین پایین‌تر در معرض تروماهای پرخطر (مانند ترومای جنسی) قرار دارند (آبراهام و همکاران، ۲۰۱۴؛ الس برگ و همکاران، ۲۰۱۵؛ کسلر و همکاران، ۱۹۹۳).

تحقیقات پیش بالینی و بالینی به تازگی شروع به بررسی عوامل مرتبط با روش شناسی کرده‌اند، چرا که نتایج از نمونه‌های بیش از حد مردانه به دست آمده است. مطالعات بالینی در طراحی خود، کنترل فاز چرخه قاعدگی (فولی‌کولی یا لوتئال)، قبل یا بعد از یائسگی را در نظر گرفته‌اند، به دلیل ناسازگاری‌ها و ناهمگونی ادبیات در گذشته (آبراهام و همکاران، ۲۰۱۴). تحقیقات در زمینه تصویربرداری، جنبه‌های مولکولی، اپی ژنومیک، پروتئومیک و جنبه‌های زیست‌شناسی سیستم‌ها، به پیشرفت‌های بیشتر و پیچیدگی در درک فعلی مکانیسم‌های زیربنایی آسیب‌پذیری و تفاوت‌های جنسی در شیوع، شروع، زمان بندی، شدت ارائه بالینی و سیر اختلالات روانی منجر شده است (جول و مک کارتی، ۲۰۱۷).

محیط هورمونی در طول سال‌های باروری و به ویژه در دوره‌های انتقال مانند پیش از قاعدگی، دوران پری‌ناتال و یائسگی، چالش‌هایی را برای برخی زنان آسیب‌پذیر ایجاد می‌کند و ممکن است بر خلق و خو، رفتار و مکانیسم‌های مقابله تأثیر منفی بگذارد که خطر ابتلا

به اختلالات روانی را افزایش می‌دهد. اختلال افسردگی عمده (MDD)، اختلالات اضطرابی و اختلالات دو قطبی (BP) برخی از علل اصلی بار بیماری در سراسر جهان هستند و نرخ MDD در زنان در سن باروری دو برابر مردان است (کسلر و همکاران، ۱۹۹۳؛ لویز و مری، ۱۹۹۸). اختلالات خوردن، اختلالات اضطرابی، اختلال وسواس اجباری (OCD) و اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) نیز در زنان بیشتر از مردان شایع است (کسلر و همکاران، ۱۹۹۳). اگرچه شیوع اختلال دو قطبی برای هر دو جنس مشابه است، اما تأثیر نوسانات هورمونی بر سیر، شدت و ارائه بالینی در زنان مرتبط است (دیاس و همکاران، ۲۰۱۱).

شرایط بالینی نیز ممکن است با سلامت روان زنان تداخل داشته باشد. ارتباط بین استروئیدهای گنادال و خلق و خو ابتدا توسط اختلالات غدد درون ریز و سپس توسط مسائل ناباروری، نوسانات خلقی در فاز لوتئال دیررس چرخه قاعدگی، پس از زایمان و انتقال به یائسگی شناخته شد. ناباروری، سرطان سینه و سایر بیماری‌های همراه، تأثیر مستقیم - تداخل با فیزیولوژی، تداخل با درمان - و غیرمستقیم، به عنوان استرس زندگی، بر خلق و خو و بر شیوع اختلالات روانی دارند.

با توجه به اینکه مدارهای HPA و HPG از نظر تاریخی با تغییرات در تنظیم اختلالات خلقی، پردازش فکر و رفتار مرتبط بوده‌اند، درک مکانیسم‌های بیماری‌های اختلالات روانی برای توسعه اهداف بیولوژیکی جدید از اهمیت بسیار بالایی برخوردار است. احترام به چنین پیچیدگی‌ای به ما امکان می‌دهد تا با بیماران در مورد شیوه‌های بالینی فعلی بر اساس بهترین شواهد موجود بحث کنیم.

موضوعات مرتبط، داده‌های ناکافی یا ناسازگار: آیا مراقبت "اوج پیشرفت" هنوز ممکن است؟

برخی از موضوعات رایج و ناامیدکننده برای درمانگران کم‌تجربه در این زمینه، سؤالات مربوط به عدم قطعیت مانند "کدام ضدافسردگی‌ها و/یا داروهای درمان اختلالات دو قطبی در دوران بارداری و شیردهی بی‌خطر هستند؟"، "چگونه باید با زنانی که بارداری خود را کشف می‌کنند و از ضدافسردگی‌ها استفاده می‌کنند برخورد کرد؟" یا "بهترین گزینه درمانی برای زنانی که در دوران انتقال یائسگی با علائم افسردگی و عروقی دست و پنجه نرم می‌کنند چیست؟" است. برای این سؤالات هیچ پاسخ واحدی وجود ندارد. اما ابتدا ارزش دارد که درک خود را از این موضوع عمیق‌تر کنیم. در مورد دوره پری‌ناتال، چنین پیچیدگی‌ای حتی تشدید می‌شود.

موانع روش‌شناختی و اخلاقی در انجام مطالعات در دوره پری‌ناتال و نحوه تفسیر نتایج از اهمیت حیاتی برخوردار است، زیرا حتی مطالعات طراحی‌شده خوب که در مجلات با ضریب تأثیر بالا منتشر می‌شوند ممکن است یک ارتباط خاص را نشان دهند اما علت و معلول را نشان نمی‌دهند (تامسون و شارما، ۲۰۱۸).

دانش در مورد مسائل ایمنی ممکن است با گذشت زمان تغییر کند. رویکرد علائم عروقی و افسردگی بالینی مرتبط در طول انتقال یائسگی و پیامدهای آن در مورد مسائل ایمنی در اوایل دهه ۲۰۰۰ نیز یک استدلال قابل اجرا برای این موضوع است (لویز، ۲۰۱۳). بنابراین، تفسیر بیش از حد نتایج مطالعات به دلیل ناهمگنی، داده‌های ناکافی - نمونه بسیار کوچک یا مغرضانه - توصیه مبتنی بر خطر مطلق در مقابل خطر نسبی و افشای ناکافی (مثلاً بر اساس دسته‌های خطر) ممکن است رضایت آگاهانه و کیفیت مراقبت را تحت تأثیر قرار دهد. در واقع، اطلاعات نادرست در مورد عدم قطعیت در زمینه سلامت روان زنان و نحوه تفسیر مطالعات مشاهده‌ای ما ممکن است توجه بیش از حد رسانه‌ها را به همراه داشته باشد که ممکن است به انگ منجر شود (پتورنو و همکاران، ۲۰۱۷). از سوی دیگر، خطرات اختلالات درمان نشده و سایر مسائل مرتبط همزمان مانند مصرف مواد، تغذیه ضعیف یا چاقی اغلب دست کم گرفته می‌شود (رابینسون و اینارسون، ۲۰۱۳؛ سنتنگلی و همکاران، ۲۰۱۵؛ کلارک و همکاران، ۲۰۱۶).

خواننده‌ای که به بررسی اختلالات روانی رایج در دوران پری‌ناتال و پری‌مناپوز علاقه دارد، مراحل صحیح اخذ رضایت آگاهانه را بر اساس دسته‌های خطر بلکه بر اساس بهترین شواهد موجود درک خواهد کرد (راموز و پتل شولی، ۲۰۱۴).



کمبود خدمات طراحی شده برای مسائل سلامت روانی زنان: یک زیرجمعیت هنوز نادیده گرفته شده

در زمینه سلامت روانی زنان، ارائه حمایت بهتر برای زنانی که از آسیب، خشونت خانگی و سایر اختلالات روانی رایج - مانند اختلال استرس پس از سانحه (PTSD)، اختلالات خوردن و مصرف مواد - رنج می‌برند، از اهمیت قابل توجهی برخوردار است. حتی اگر حساسیت مغز زن به الکل می‌تواند باعث آسیب زودرس مغز و تنظیم مجدد مدارهای مرتبط با استرس شود (هامر، ۲۰۱۳، راتسون و همکاران، ۲۰۱۶) و قرار گرفتن جنین در معرض الکل و سایر مواد در دوران بارداری می‌تواند منجر به پیامدهای منفی طولانی مدت رشدی شود (جونز، ۲۰۱۱؛ راس و همکاران، ۲۰۱۴)، اکثر خدمات جامعه تفاوت‌های جنسی را در نظر نمی‌گیرند. جنبه‌های فرهنگی مصرف مواد در زنان نیز مورد توجه است زیرا مصرف شاهدانه در دوران بارداری در دهه گذشته افزایش یافته است (برون و همکاران، ۲۰۱۷) و کنار کشیدن از مراقبت‌های روانی و روان اجتماعی در زیرجمعیت زنان ممکن است تأثیر شدیدی بر سیستم‌های بهداشت عمومی در سراسر جهان داشته باشد (رابرتس و نورا جتر، ۲۰۱۰). امکانات محدود بستری برای مراقبت از مادران پس از زایمان با بیماری روانی شدید به نام "واحد‌های مادر و کودک" - ترویج درمان و پیوند در محیطی امن، در حالی که خطرات همچنان بالاست - نمونه دیگری از کمبود خدمات سلامت روان در سراسر جهان است. در نتیجه، توسعه سیاست‌های عمومی و خدمات و برنامه‌های موثر ساخته شده برای زنان مبتلا به اختلالات روانی شدید و مصرف الکل و سایر مواد ضروری است.

غربالگری و نظارت بر علائم در دوره پری‌ناتال در مراقبت‌های اولیه نشان داده است که علائم افسردگی را در زنان مبتلا به افسردگی و همچنین شیوع افسردگی عمده کاهش می‌دهد (اوکانر و همکاران، ۲۰۱۶). تعدادی ابزار غربالگری خاص جنسی برای بالینیان در دسترس است، برخی از آنها نیز برای استفاده در دوران بارداری اعتبارسنجی شده‌اند. مقیاس‌های رتبه‌بندی خودآموز و سایر منابع اطلاعاتی از جمله منابع مبتنی بر سلامت الکترونیکی، موضوع تحقیقات فعلی و آینده برای افزایش پذیرش شرایط پزشکی بسیار ننگین بوده است. استفاده از ابزارهای روان‌سنجی در عمل بالینی و مفید بودن آنها مورد بحث قرار خواهد گرفت - نه تنها به عنوان ابزار غربالگری بلکه به عنوان ابزارهایی برای اعتبارسنجی تشخیص اختلالات روانی (مانند اختلال دیسفوریک پیش از قاعدگی - PMDD) که تشخیص آن آینده نگر است).

بازنگری دستورالعمل‌های تشخیصی استاندارد و جهت‌گیری‌های آینده

پس از دهه‌ها شناخت، اختلال دیسفوریک پیش از قاعدگی (PMDD)، یک شکل شدید و عودکننده سندرم پیش از قاعدگی که شامل ترکیبی از علائم عاطفی و جسمی است که منجر به اختلال عملکرد قابل توجه می‌شود، به عنوان یک اختلال افسردگی متمایز توسط گروه کاری DSM-5 فهرست شده است. این پذیرش که در این شرایط ممکن است برای جلوگیری از تشخیص بیش از حد و تشخیص و به طور موقت کنار گذاشتن برای به دست آوردن داده‌های مرتبط، جنبه‌های سیاسی باید به عنوان بخشی از این موضوع در نظر گرفته شود. اگرچه تلاش‌های تحقیقاتی ارتباطات خاصی از تأثیر جنسی بر اختلالات روانی و افزایش دسترسی به داده‌ها از مطالعات بالینی و اپیدمیولوژیک نشان داده‌اند، برخی از اختلالات روانی توسط دستورالعمل‌های تشخیصی استاندارد موجود پوشش داده نشده‌اند (کاندن، ۲۰۱۰). این امر تا حد زیادی دست کم گرفته شده است و اثرات نامطلوب مستقیمی بر نتایج جنین، زایمان و نوزاد دارد.

صرف نظر از اجماع، گروه کاری DSM-5 یک مشخص‌کننده با نام "با شروع پری‌پارتوم" (از بارداری تا ۴ هفته پس از زایمان) گنجانده‌اند، علی‌رغم شواهدی که نشان می‌دهد تفاوت‌هایی بین بارداری و دوره پس از زایمان در زمینه‌های علت‌شناسی، عوامل خطر، ارائه بالینی و پاسخ به مداخلات دارویی و غیر دارویی وجود دارد (شارما و مازمانیان، ۲۰۱۴؛ ویچن، ۲۰۱۰). بازنگری سیستم‌های طبقه‌بندی تشخیصی آینده برای اصطلاحات برای افزایش آگاهی، شناسایی زود هنگام، تشخیص صحیح و مدیریت مناسب بسیار مهم است.

بحث و نتیجه‌گیری

از مطالب گفته شده می‌توان اینگونه نتیجه‌گیری کرد که این پژوهش به عوامل موثر بر شیوع بالاتر اختلالات روانی در زنان پرداخته است. با مرور ادبیات موجود، مشخص شد که علی‌رغم شباهت‌های فیزیولوژیکی، عوامل مختلفی از جمله هورمون‌ها، ژنتیک، محیط و تجربیات زندگی می‌توانند در بروز و شدت این اختلالات نقش داشته باشند. یافته‌ها نشان می‌دهند که زنان بیشتر در معرض عوامل استرس‌زای روانی مانند خشونت خانگی و تروما قرار دارند و این عوامل می‌توانند بر عملکرد مغز و مدارهای عصبی مرتبط با استرس تاثیرگذار باشند. همچنین، نوسانات هورمونی در طول زندگی زنان می‌تواند بر خلق و خو و بروز اختلالات روانی تاثیرگذار باشد. در نهایت، این بررسی نشان می‌دهد که وجود شکاف در خدمات سلامت روان برای زنان و کمبود مطالعات در زمینه تفاوت‌های جنسیتی در اختلالات روانی نیازمند توجه ویژه است. این مطالعه نشان داد که اختلالات روانی در زنان پیچیده‌تر از آن است که صرفاً به تفاوت‌های هورمونی نسبت داده شود. عوامل محیطی، اجتماعی و روانشناختی نیز نقش مهمی در بروز و شدت این اختلالات ایفا می‌کنند. یافته‌های این بررسی بر اهمیت در نظر گرفتن جنسیت در تمام مراحل تشخیص و درمان اختلالات روانی تاکید دارد. با این حال، برای درک کامل مکانیسم‌های زمینه‌ای و توسعه درمان‌های موثرتر، تحقیقات بیشتری مورد نیاز است. مطالعات آینده باید بر روی زیرگروه‌های خاص زنان (مثلاً زنان با سابقه تروما، زنان باردار، زنان یائسه) متمرکز شوند و از روش‌های تحقیقاتی نوین مانند تصویربرداری عصبی و ژنومیک استفاده کنند. همچنین، توسعه خدمات سلامت روان تخصصی برای زنان و آموزش پزشکان و روانشناسان در زمینه تفاوت‌های جنسیتی در اختلالات روانی از اهمیت بالایی برخوردار است.

منابع

1. Fine C. Neuroscience. His brain, her brain? American Association for the Advancement of Science. Science. 2014;346(6212):915–6.
2. Institute of Medicine. In: Wizemann TM, Pardue M-L, editors. Exploring the biological contributions to human health: does sex matter? Washington, DC: The National Academies Press; 2001. 3.
3. Blehar MC. Public health context of women's mental health research. Psychiatr Clin North Am. 2003;26(3):781–99.
4. McEwen BS. Invited review: estrogens effects on the brain: multiple sites and molecular mechanisms. J Appl Physiol. 2001;91(6):2785–801.
5. Syan SK, Minuzzi L, Smith M, Costescu D, Allegra OR, Hall GBC, et al. Brain structure and function in women with comorbid bipolar and premenstrual dysphoric disorder. Front Psych. 2017;8:301.
6. Holsen LM, Lancaster K, Klibanski A, Whitfield Gabrieli S, Cherkerzian S, Buka S, et al. HPA-axis hormone modulation of stress response circuitry activity in women with remitted major depression. Neuroscience. 2013;250:733–42.
7. Jessen HM, Auger AP. Sex differences in epigenetic mechanisms may underlie risk and resilience for mental health disorders. Epigenetics. 2011;6(7):857–61.
8. Hodes GE. Sex, stress, and epigenetics: regulation of behavior in animal models of mood disorders. Biol Sex Differ. 2013;4(1):1.
9. Monk C, Feng T, Lee S, Krupka I, Champagne FA, Tycko B. Distress during pregnancy: epigenetic regulation of placenta glucocorticoid-related genes and fetal neurobehavior. AJP. 2016;173(7):705–13.
10. Bowers ME, Yehuda R. Intergenerational transmission of stress in humans. Neuropsychopharmacology. 2015;41(1):232–44.
11. Lokuge S, Frey BN, Foster JA, Soares CN, Steiner M. Depression in women: windows of vulnerability and new insights into the link between estrogen and serotonin. J Clin Psychiatry. 2011;72(11):e1563–9.
12. Abrahams N, Devries K, Watts C, Pallitto C, Petzold M, Shamu S, et al. Worldwide prevalence of nonpartner sexual violence: a systematic review. Lancet. 2014;383(9929):1648–54.
13. Ellsberg M, Arango DJ, Morton M, Gennari F, Kiplesund S, Contreras M, et al. Prevention of violence against women and girls: what does the evidence say? Lancet. 2015;385(9977):1555–66.
14. Kessler RC, McGonagle KA, Swartz M, Blazer DG, Nelson CB. Sex and depression in the National Comorbidity Survey. I: lifetime prevalence, chronicity and recurrence. J Affect Disord. 1993;29(2–3):85–96.

15. Joel D, McCarthy MM. Incorporating sex as a biological variable in neuropsychiatric research: where are we now and where should we be? *Neuropsychopharmacology*. 2017;42(2):379–85.
16. Lopez AD, Murray CC. The global burden of disease, 1990–2020. *Nat Med*. 1998;4(11):1241–3.
17. Dias RS, Lafer B, Russo C, Del Debbio A, Nierenberg AA, Sachs GS, et al. Longitudinal follow-up of bipolar disorder in women with premenstrual exacerbation: findings from STEP-BD. *AJP*. 2011;168(4):386–94.
18. Thomson M, Sharma V. Weighing the risks: the management of bipolar disorder during pregnancy. *Curr Psychiatry Rep*. 2018;20(3):20.
19. Lobo RA. Where are we 10 years after the Women's Health Initiative? *J Clin Endocrinol Metab*. 2013;98(5):1771–80.
20. Paterno E, Huybrechts KF, Bateman BT, Cohen JM, Desai RJ, Mogun H, et al. Lithium use in pregnancy and the risk of cardiac malformations. *N Engl J Med*. 2017;376(23):2245–54.
21. Robinson GE, Einarson A. Risks of untreated depression outweigh any risks of selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs). *Hum Reprod*. 2013;28(4):1145–6.
22. Santangeli L, Sattar N, Huda SS. Impact of maternal obesity on perinatal and childhood outcomes. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2015;29(3):438–48.
23. Clark CB, Zyambo CM, Li Y, Cropsey KL. The impact of non-concordant self-report of substance use in clinical trials research. *Addict Behav*. 2016;58:74–9.
24. Ramoz LL, Patel-Shori NM. Recent changes in pregnancy and lactation labeling: retirement of risk categories. *Pharmacotherapy*. 2014;34(4):389–95.
25. Hommer DW. Male and female sensitivity to alcohol-induced brain damage. *Alcohol Res Health*. 2013;27(2):181–5.
26. Retson TA, Sterling RC, Van Bockstaele EJ. Alcohol-induced dysregulation of stress-related circuitry: the search for novel targets and implications for interventions across the sexes. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2016;65:252–9.
27. Jones KL. The effects of alcohol on fetal development. *Birth Defects Res C Embryo Today*. 2011;93(1): 3–11.
28. Ross EJ, Graham DL, Money KM, Stanwood GD. Developmental consequences of fetal exposure to drugs: what we know and what we still must learn. *Neuropsychopharmacology*. 2014;40(1):61–87.
29. Brown QL, Sarvet AL, Shmulewitz D, Martins SS, Wall MM, Hasin DS. Trends in marijuana use among pregnant and nonpregnant reproductive-aged women, 2002–2014. *JAMA*. 2017;317(2):207–9.
30. Roberts SCM, Nuru-Jeter A. Women's perspectives on screening for alcohol and drug use in prenatal care. *Womens Health Issues*. 2010;20(3):193–200.
31. O'Connor E, Rossom RC, Henninger M, Groom HC, Burda BU. Primary care screening for and treatment of depression in pregnant and postpartum women. *JAMA*. 2016;315(4):388–406.
32. Condon J. Women's mental health: a "wishlist" for the DSM-5. *Arch Womens Ment Health*. 2010;13(1):5–10.
33. Sharma V, Mazmanian D. The DSM-5 peripartum specifier: prospects and pitfalls. *Arch Womens Ment Health*. 2014;17(2):171–3.
34. Wittchen H-U. Women-specific mental disorders in DSM-V: are we failing again? *Arch Womens Ment Health*. 2010;13(1):51–5.

Women's Mental Health: A Comprehensive Approach and Perspective

Ali Kafilian

BA student of psychology at Yazd University

1-1-

Abstract

Studies have shown that women are more susceptible to some mental disorders than men. With the aim of understanding the reasons for this gender difference, this study has investigated the biological, psychological and social factors affecting the occurrence of mental disorders in women. One of the most important factors affecting gender differences in mental disorders is sex hormones. Hormonal fluctuations during the menstrual cycle, pregnancy, childbirth and menopause can affect mood and the occurrence of disorders such as depression and anxiety. Also, differences in brain structure and function between men and women can also contribute to their different response to stress and environmental stimuli. In addition to biological factors, psychological and social factors also play an important role in the occurrence of mental disorders in women. Women are more exposed to traumatic life events such as domestic violence, trauma and abuse, which can lead to post-traumatic stress disorders and depression. Also, gender roles and social expectations of women can also affect their mental health. Another important factor in the occurrence of mental disorders in women is the lack of specialized services for women.

Keywords: Mental health, Women, Menopause, Depression