ارتباط بین فعالیت سیستم‌های مغزی ـ رفتاری، حمایت اجتماعی و افسردگی

معصومه پورمحمدرضای تجریشی*، سید محمود میرزمانی بافقی**

طرح مسأله: *در این مقاله، نقش فعالیت سیستم‌های مغزی / رفتاری در تعدیل ارتباط بین حمایت اجتماعی و افسردگی مورد بررسی قرار گرفته است.*

روش: *در پژوهش حاضر سعی شده است که همبستگی بین متغیرهای مورد مطالعه بررسی شود. بدین منظور ۱۹۵ نفر از دانشجویان مقطع کارشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران جنوب بر اساس نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای انتخاب شدند. ابزارهای مورد استفاده عبارت بودند از: پرسش‌نامهٔ شخصیتی گری ـ ویلسون، پرسش‌نامهٔ حمایت اجتماعی وکس، و پرسش‌نامهٔ افسردگی بک.*

یافته‌ها: *یافته‌های پژوهش بیان‌گر آن بود که: بین حمایت اجتماعی و گرایش به افسردگی رابطهٔ منفی معنادار وجود دارد؛ ارتباط بین فعالیت سیستم فعال‌ساز رفتاری و میزان گرایش به افسردگی معنادار نیست؛ بین میزان فعالیت سیستم بازداری رفتاری و گرایش به افسردگی رابطهٔ مثبت معنادار وجود دارد و رابطهٔ میان حمایت اجتماعی و افسردگی در شرایطی که سیستم بازداری رفتاری غلبه دارد بیشتر است.*

نتایج: *نتایج حاصل بر نقش واسطه‌ای سیستم بازداری رفتاری در ارتباط بین حمایت اجتماعی پایین و گرایش بیشتر به افسردگی تاکید می‌ورزد و از لحاظ کاربردی زمینه را برای فهم تفاوت‌های فردی در زمینه حساسیت ساخت‌های مختلف عصبی و آسیب‌پذیری متفاوت افراد فراهم آورده است.*

کلید واژه‌ها: افسردگی، حمایت اجتماعی، سیستم بازداری رفتاری، سیستم فعال‌ساز رفتاری

تاریخ دریافت: ۸۶/۱/۱۶ تاریخ پذیرش: ۸۶/۹/۱۱

* دکتر روان‌شناس،عضو هیات علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی <mtajrishi@uswr.ac.ir>

** دکتر روان‌شناس بالینی، عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-14]

مقدمه

افسردگی رایج‌ترین اختلال روانی است که میزان آن در سال‌های اخیر افزایش یافته است. تقریباً در زندگی همهٔ افراد روزهایی وجود داشته که احساس بی‌حوصلگی، غمگینی، ناامیدی، دلسردی، تنهایی و نارضامندی بر آن‌ها چیره شده است که همگی از تجربه‌های رایج افسردگی به شمار می‌روند؛ اما چیزی که موجب می‌شود چنین احساس‌هایی به صورت اختلال‌های روانی متجلی شوند؛ نوع و تعداد نشانه‌ها، شدت و طول مدت و همچنین میزان آسیبی است که به جریان بهنجار زندگی روزمره وارد می‌شود. این احساس‌ها و شیوهٔ ادراک آن‌ها درقلمرو زندگی بهنجار و در زمینهٔ تجربهٔ آسیب‌شناختی، با مفهوم افسردگی ارتباط یافته‌اند (Blazer,et al, 1994).

در طول سی سال گذشته، گام‌های بلندی در جهت شناسایی افسردگی برداشته شده است و نظریه‌های متعدد به همراه شواهد پژوهشی تلاش کرده‌اند که نقش عوامل خاصی را در بروز این اختلال مورد توجه قرار دهند؛ این عوامل می‌تواند ژنتیکی (سابقهٔ افسردگی در خانواده)، زیست‌شناختی (اختلال در فعالیت مواد شیمیایی یا هورمونی در بدن، یا اختلال در انتقال‌دهنده‌های عصبی[1])، روان‌شناختی (فقدان ارتباط صمیمی و اطمینان بخش با افراد، فقدان احساس ارزشمندی به مدت طولانی، محرومیت از محبت والدین) و یا محیطی (تجربه‌های خانوادگی، رویدادهای منفی در سال‌های اخیر زندگی) باشند و در اغلب موارد با درهم تنیدگی این عوامل مواجه هستیم (Kendler ,et al, 1993).

روان‌شناسان و روان‌پزشکان از دیرباز اعتقاد داشته اند که افسردگی بالینی در اثر رویدادهای فشارزا[2] در محیط برانگیخته می‌شود. براون و هریس (Brown & Harris, 1989) اعتقاد دارند که بین گزارش افراد از رویدادهای بسیار تهدیدآمیز و شروع اختلالات روان‌پزشکی ارتباط وجود دارد و تقریباً همیشه با افسردگی در زنان مرتبط است. نتایج پژوهش آن‌ها بیان‌گر این نکته است که رویدادهای مهمی مثل مرگ عزیزان معمولاً

1. Neurotransmitters
2. Stressors

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-14]

افسردگی را در پی خواهد داشت.

۱) چارچوب نظری

پژوهش‌های متعدد نشان داده‌اند که افراد افسرده در مقایسه با گروه‌های بهنجار، رویدادها را فشارزاتر ارزیابی می‌کنند. بنابراین، ممکن است که آمایهٔ شناختی[1] منفی، ارزیابی فرد را از میزان فشارزا بودن رویداد تحت تاثیر قرار دهد و ارتباط بین افسردگی و رویدادهای فشارزا را رقم می‌زند (Sarafino, 1994).

مونرو و دیگران (Monroe,et al, 1985) در مطالعهٔ ارتباط بین عوامل محیطی و افسردگی به این نتیجه دست یافته اند که انواع مختلف رویدادهای زندگی قبل از شروع افسردگی درون‌زاد[2] (نوعی از افسردگی که به رویدادهای محیطی ارتباط ندارد) دورهٔ اختلال را به مدت ۹ ماه پیش‌بینی می‌کند، اما درمورد افسردگی واکنشی[3] این نتیجه به دست نیامد. در میان پژوهش‌هایی که نقش عوامل محیطی را در افسردگی بررسی کرده‌اند نقش پدیدهٔ حمایت اجتماعی[4] به عنوان عاملی تاثیرگذار در افسردگی مورد تاکید قرار گرفته است.

برم و همکاران (Brehm,et al, 1996) بر مبنای نظر کوب (Cobb, 1976) حمایت اجتماعی را به عنوان تعلق ادراک شده به یک شبکهٔ ارتباط اجتماعی تعریف کرده است. مروری بر پیشینهٔ پژوهشی این نکته را برجسته می‌سازد که حمایت اجتماعی دارای فواید روان‌شناختی و جسمانی برای افرادی است که با رویدادهای فشار زای جسمی و روانی ـ اجتماعی مواجه می‌شوند. حمایت اجتماعی به عنوان عاملی در جهت کاهش درماندگی روان‌شناختی به هنگام تجربهٔ رویداد فشار زا شناخته شده و ممکن است به ویژه در کاهش

1. Cognitive Set
2. Endogenous
3. Reactive
4. Social Support

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-14]

درماندگی افراد آسیب‌پذیر (از قبیل افراد مسن ، افرادی که اخیرا از همسر خود جدا شده‌اند، قربانیان حوادث شدید و مهارناپذیر زندگی) سودمند واقع شود. افزون بر این، حمایت اجتماعی در کاهش احتمال ابتلا به بیماری یا تسریع بهبود پس از بیماری موثر است و خطر مرگ و میر ناشی از بیماری‌های شدید را کاهش می‌دهد. همچنین، میزان مرگ و میر در افرادی که حمایت اجتماعی کمی و کیفی دریافت می‌کنند کمتر است (Taylor, 1995).

پژوهش‌ها نشان داده‌اند که حمایت اجتماعی نقش واسطه‌ای بر فرایند فشارروانی دارد. افرادی که حمایت اجتماعی بیشتری دریافت می‌کنند از آثار بیماری ناشی از داغ‌دیدگی، کمتر رنج می‌برند. افزون بر آن، مردها درمقایسه با زن‌ها از شرایط پریشان‌حالی بیشتر رنج می‌برند. به نظر می‌رسد که حمایت اجتماعی در این راستا از تاثیر مهمی برخوردار باشد. به‌طورکلی، مردها در پیدا کردن منابع جایگزین حمایت و در ابراز احساسات خود، کارآمدی کمتری دارند. این مطلب در ارتباط با شواهدی است که بیان‌گر تاثیر مثبت ازدواج بر سلامت روانی مردان می‌باشد، احتمالاً به این دلیل که تاهل منبع مطمئنی برای حمایت اجتماعی مردها در مقایسه با زن‌ها، فراهم می‌کند (Cassidy, 1999).

پژوهش‌های متعددی، ارتباط معکوس بین حمایت اجتماعی و ابتلا به افسردگی را خاطر نشان کرده‌اند. به طور کلی، افرادی که قادر به حفظ شبکه‌های ارتباطی خود در خلال زندگی باشند، احساسی از مهار شخصی و اعتماد به نفس در آن‌ها شکل می‌گیرد که به نوبهٔ خود امکان تحمل مشاجره‌های خانوادگی، تنهایی و جدایی از دوستان و خویشاوندان را فراهم می‌سازد، درحالی که فقدان این احساس و اطمینان، افسردگی را در سنین بعدی پیش‌بینی می‌کند (Priss & Shahrer, 2000).

در مجموع، مروری بر پیشینهٔ این قلمرو پژوهشی، بیان‌گر یافته‌های ناهمسویی است که نتیجه‌گیری‌های متناقضی را به میان می‌آورند و زمینه‌ساز پژوهش‌هایی است که به اهمیت متغیرهای واسطه‌ای توجه می‌نمایند. پژوهش‌های فراوان بر نقش متغیرهای واسطه‌ای در ارتباط بین حمایت اجتماعی و افسردگی تاکید ورزیده‌اند. آنجر و همکاران (Unger, et al., 1999) در

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-14]

این راستا به سه متغیر واسطه‌ای درآمد، جنس و سطح کارکرد جسمانی اشاره کرده‌اند. افراد کم‌درآمد به احتمال بیشتری در معرض عوامل تهدیدکنندهٔ سلامتی مانند شرایط خانوادگی نامناسب یا ناایمن قرار می‌گیرند. این افراد ممکن است نیاز بیشتری به حمایت اجتماعی داشته باشند و هنگامی که حمایت مناسب را از دست می‌دهند بیشتر به افسردگی مبتلا می‌شوند (Atchley, 1997) نتایج پژوهش‌های متعددی که تاثیر حمایت اجتماعی را در دو جنس بررسی کرده‌اند مبین آن است که زنان بخش عمده‌ای از زندگی خود را جهت مراقبت کردن و گسترش روابط اجتماعی صرف می‌کنند و در مقایسه با مردان، بیشتر متقاضی کمک از دیگران هستند. در مقابل، مردان بخش عمده‌ای از زندگی خود را وقف پیشرفت حرفه‌ای می‌نمایند و شبکه‌های اجتماعی مرتبط یا مهارت‌های مرتبط با حمایت‌های اجتماعی را حفظ می‌کنند. بنابراین می‌توان پیش‌بینی نمود که حمایت اجتماعی برای زنان، تاثیر قوی‌تری دارد زیرا زنان هم قادر به کسب آن و هم قادر به استفاده موثرتر از آن هستند. افزون بر آن، تاهل، محیط کار و حمایت اجتماعی در داخل و خارج از خانه می‌تواند بر میزان افسردگی زنان موثر باشد. از سوی دیگر چون بسیاری از مردان که از سطح پایین حمایت اجتماعی برخوردارند ممکن است به ویژه منزوی شوند و در وضعیتی قرار گیرند که بیشتر در معرض خطر ابتلا به افسردگی باشند می‌توان پیش‌بینی کرد که حمایت اجتماعی برای مردان موثرتر است (Penedo, et al., 2001).

کارکرد جسمانی به عنوان سومین متغیر واسطه‌ای در ارتباط بین حمایت اجتماعی و افسردگی در نظر گرفته شده است. حمایت اجتماعی ممکن است در سالمندانی که از سلامت ضعیف‌تری برخوردارند تاثیر بیشتری داشته باشد. افراد مسن که سطح بالاتری از کارکرد جسمانی را دارند بیشتر قادرند فعالیت‌های روزمره خود را انجام دهند و مجبور نیستند که بر پیامدهای عاطفی بیماری‌های حاد ومحدودیت‌های کارکردی غلبه کنند. بنابراین آثار ضربه‌گیر حمایت اجتماعی به ویژه برای سالمندانی که دارای نقایص و کمبودهایی در کارکرد جسمانی هستند و افرادی که نیازمند غلبه بر پیامدهای روان‌شناختی و محدودیت‌های جسمانی می‌باشند موثرتر است. ترکیب کارکرد جسمانی ضعیف و

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-14]

حمایت اجتماعی پایین، پیامدهای زیانباری برای سلامتی دارد و می‌تواند افسردگی را ایجاد نماید (Unger, et al., 1999).

همگام با این خط پژوهشی، پژوهش‌های روان‌شناختی نیز ضمن صحه گذاشتن بر نقش عوامل محیطی، به نتایجی دست یافته‌اند که استعداد ژنتیکی را برای ابتلا به افسردگی مهم تلقی می‌کنند. ویسمن و همکاران (Weissman, et al., 1982) در بررسی ارتباط عوامل ژنتیکی و افسردگی نشان داده‌اند که خویشاوندان درجهٔ یک بیماران افسردهٔ یک قطبی[1]، ۲ تا ۵ برابر بیشتر از افراد جامعهٔ بهنجار، در معرض خطر افسردگی قرار دارند. در حالی که شواهد موجود بیان‌گر ارتباط قوی بین افسردگی دو قطبی[2] و وراثت هستند، ارتباط ضعیفی را بین افسردگی یک قطبی و عوامل ارثی نشان داده‌اند. به نظر می‌رسد که عوامل زیست‌شناختی موثر در افسردگی، نشان‌دهندهٔ نقش با اهمیت عوامل ژنتیکی و محیطی در تحول افسردگی هستند. طبق دیدگاه زیست‌شناختی، افسردگی نوعی اختلال انگیزشی است که به علت کمبود آمین‌های زیست‌زاد[3] به ویژه نوراپی نفرین، اپی نفرین، دوپامین و سروتونین ایجاد می‌شود. در مورد تعیین‌کننده‌های زیستی افسردگی، پژوهش‌های فراوانی صورت گرفته است و بسیاری از پژوهش‌ها به نتایجی دست یافته‌اند که وجود برخی از ویژگی‌های شخصیتی را در بروز افسردگی مهم تلقی می‌کنند. بسیاری از ویژگی‌های شخصیتی تا حدود زیادی حاصل تربیت و یا به سخن دیگر، عوامل اجتماعی هستند. اما در میان ویژگی‌های شخصیتی به عواملی برمی‌خوریم که سهم عوامل سرشتی و زیستی در آن‌ها بسیار بیشتر است. در مورد عوامل اخیر، به نظر می‌رسد که افراد از لحاظ زیستی، تفاوت‌های فردی خاصی دارند که آمادگی آن‌ها را برای گرایش به افسردگی تحت تاثیر قرار می‌دهد. گری (Gray, 1982) در مطالعه در مورد مکانیزم‌های مغزی پاداش و تنبیه در پستانداران، الگوی شخصیتی خاصی را ـ که مبنی بر فعالیت

1. Unipolar
2. Bipolar
3. Biogenic

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-14]

سیستم‌های مغزی/ رفتاری مختلف است ـ مطرح می‌کند. به اعتقاد گری، تفاوت‌های فردی در کارکرد این سیستم‌ها و تعامل آن‌ها، زیربنای خلق و خوی انسان را تشکیل می‌دهند. گری سه سیستم هیجانی بنیادی را در مغز مشخص کرده است که هر یک از آن‌ها به وسیلهٔ مجموعهٔ متمایزی از ساخت‌های مغزی که اطلاعات ویژه‌ای را پردازش می‌کنند مهار می‌شوند. این سیستم‌ها عبارت‌اند از سیستم بازداری رفتاری[1] (BIS)، سیستم فعالساز رفتاری[2] (BAS)، و سیستم جنگ/ گریز[3] (FFS).

سیستم بازداری رفتاری از طریق محرک‌های شرطی که با حذف پاداش و تنبیه همخوانی دارند و محرک‌های جدید یا محرک‌هایی که به صورت ذاتی دربرگیرنده ترس هستند تحریک می‌شوند. مهمترین بروندادهای این سیستم در پاسخ به محرک‌های مذکور، افزایش سطح برپایی[4]، بازداری رفتاری و افزایش توجه نسبت به محیط، به ویژه عناصر جدید آن است. فعالیت این سیستم با تغییرات گسترده‌ای در فعالیت سیستم عصبی خودمختار همراه است. سیستم جنگ / گریز به محرک‌های غیرشرطی آزارنده پاسخ می‌دهد و پاسخ‌های آن در قالب پرخاش‌گری دفاعی غیرشرطی یا رفتار گریز است. سیستم فعال‌ساز رفتاری از طریق محرک‌های شرطی که با پاداش یا حذف تنبیه همخوانی دارند برانگیخته می‌شود و پاسخ‌های رفتاری آن شامل دستیابی آزمودنی به پاداش و حذف تنبیه به شکل فعال می‌باشد (Gray, 1994).

با تحلیل رفتارهایی که در قبال برپایی سیستم‌های فعال‌ساز رفتاری و بازداری رفتاری بروز می‌کند می‌توان نتیجه‌گیری کرد که پاسخ‌های سیستم فعال‌ساز رفتاری یا در قالب جستجوی فعالانه پاداش تحقق می‌یابد و یا اجتناب فعال[5] از تنبیه (برداشتن گام‌هایی مثبت

1. Behavioral Inhibition System
2. Behavioral Activation System
3. Fight/ Flight System
4. Arousal
5. Active Avoidance

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-14]

برای اجتناب از تنبیه). اما پاسخ‌های سیستم بازداری رفتاری یا درقالب اجتناب فعل‌پذیر[1] است (اجتناب از تنبیه به واسطه عدم فعالیت و یا تسلیم) و یا خاموشی[2] (رها کردن رفتارهایی که پاداش به دنبال ندارند) (Wilson, et al., 1990). فاولس (Fowles, 2000) فعالیت سیستم بازداری رفتاری را با اضطراب و ناکامی همراه می‌داند، درحالی که فعالیت سیستم فعال‌ساز رفتاری را توام با امید[3] و آسودگی[4] درنظر می‌گیرد. الگویی که در فعالیت سیستم فعال‌ساز رفتاری نهفته است فرد را در جهت نوعی مقابله و تلاش در رفع موانع و جستجوی اهداف خوشایند نیز سوق می‌دهد، در حالی که غلبه و حساسیت زیاد سیستم بازداری رفتاری، هدایت فرد به سوی درماندگی و افسردگی را به همراه دارد.

با توجه به مطالب پیشین، از آن‌جایی که پاسخ‌های سیستم بازداری رفتاری در قبال برپایی، فرد را به سوی درماندگی و افسردگی سوق می‌دهد و در قالب اجتناب فعل‌پذیر (عدم فعالیت یا تسلیم) یا خاموشی تجلی می‌یابد، آیا می‌توان با توجه به رابطهٔ بین حمایت اجتماعی و افسردگی، فعالیت سیستم بازداری رفتاری را به عنوان متغیر واسطه‌ای در این ارتباط بررسی نمود؟ به عبارت دیگر، در پژوهش حاضر که با هدف بررسی بنیادهای زیستی تعیین‌کنندهٔ افسردگی طراحی شده، محقق بر آن است تا با پیگیری روند مطالعات مربوط به سیستم‌های مغزی / رفتاری و توجه به نتایج این قلمرو پژوهشی و بررسی نظریه‌ها و یافته‌های پژوهشی در مورد فعالیت سیستم‌های مغزی / رفتاری به بررسی این موضوع بپردازد که آیا افرادی که دارای یک سیستم فعال‌ساز رفتاری ضعیف هستند و یا غلبه سیستم بازداری رفتاری در آن‌ها زیادتر است، بیشتر مستعد افسردگی هستند یا نه؟ و آیا افرادی که از لحاظ فعالیت سیستم‌های مغزی / رفتاری با یکدیگر تفاوت دارند، از نظر واکنش به حمایت اجتماعی نیز با یکدیگر متفاوتند یا نه؟ بدین ترتیب فرضیه‌های زیر

1. Passive Avoidance
2. Extinction
3. Hope
4. Relief

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-14]

تدوین شده‌اند:

ـ بین میزان حمایت اجتماعی و گرایش به افسردگی رابطهٔ معکوس وجود دارد.

ـ بین میزان فعالیت سیستم فعال‌ساز رفتاری و گرایش به افسردگی رابطهٔ معکوس وجود دارد.

ـ بین میزان فعالیت سیستم بازداری رفتاری و گرایش به افسردگی رابطهٔ مستقیم وجود دارد.

ـ افرادی که فعالیت سیستم فعال‌ساز رفتاری در آن‌ها غالب است، کمتر از افرادی که سیستم بازداری رفتاری آن‌ها غالب است در شرایط حمایت اجتماعی پایین، گرایش به افسردگی دارند.

۲) روش تحقیق

۲-۱) روش اجرا

پس از نمونه‌گیری و توصیف اهداف پژوهش برای دانشجویان و به منظور جلب همکاری آن‌ها برای شرکت در پژوهش، یک نمرهٔ اضافی برای پایان ترم آن‌ها در نظر گرفته شد و آزمودنی‌ها به طور متوالی پرسش‌نامهٔ شخصیتی گری ـ ویلسون[1]، پرسش‌نامهٔ حمایت اجتماعی و پرسش‌نامهٔ افسردگی بک را تکمیل کردند.

۲-۲) جمعیت آماری و روش نمونه‌گیری

جامعهٔ آماری را دانشجویان زن (با توجه به کنترل متغیر جنس) مقطع کارشناسی شاغل به تحصیل در نیمسال دوم سال تحصیلی ۸۳-۸۲ دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران جنوب (شامل دانشکده‌های فنی، تربیت معلم، علوم انسانی، مدیریت و حسابداری) تشکیل می‌دهند که از میان آن‌ها ۱۹۵ نفر با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای

1. Gray - Wilson Personality Questionnaire

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-14]

(بر مبنای خوشه‌های دانشکده و کلاس) به تصادف انتخاب شدند که میانگین سنی آن‌ها ۲۷/۹ سال بود (همهٔ دانشجویان از کلاس‌های روان‌شناسی عمومی انتخاب شدند).

۳-۲) ابزار جمع‌آوری داده‌ها

به منظور ارزیابی فعالیت سیستم‌های مغزی / رفتاری آزمودنی‌ها از پرسش‌نامهٔ شخصیتی گری ـ ویلسون استفاده شد. این پرسش‌نامهٔ به وسیلهٔ ویلسون، گری و بارت (Wilson, Gray & Barrette, 1990) طراحی شده است و میزان غلبه و حساسیت سیستم‌های مغزی / رفتاری و مولفه‌های آن‌ها را ارزیابی می‌کند. این مقیاس در برگیرندهٔ ۱۲۰ ماده است که برای ارزیابی فعالیت هر یک از سیستم‌های بازداری رفتاری، فعال‌ساز رفتاری و جنگ / گریز ۴۰ ماده در نظر گرفته شده است. از ۴۰ مادهٔ مربوط به فعالیت سیستم بازداری رفتاری ۲۰ ماده به مولفهٔ اجتناب فعل‌پذیر و ۲۰ ماده به مولفهٔ خاموشی اختصاص یافته است. از ۴۰ ماده مربوط به سیستم فعال‌ساز رفتاری ۲۰ ماده به مولفهٔ روی آورد[1] و ۲۰ ماده به اجتناب فعال اختصاص دارد. برای هر ماده سه گزینهٔ "بلی"، "خیر"، "؟" وجود دارد که برای گزینهٔ "؟" نمرهٔ ۱ و هر یک از گزینه‌های "بلی" یا "خیر" با توجه به مضمون جمله، نمرهٔ ۲ یا صفر تعلق می‌گیرد. با توجه به این نکته که در مطالعهٔ حاضر، فعالیت سیستم جنگ / گریز مورد بررسی قرار نگرفته است، نمره‌های مواد این سیستم در نمرهٔ کل منظور نشده‌اند و دامنهٔ احتمالی نمره‌ها در مجموع ۸۰ ماده بین صفر تا ۱۶۰ است.

ویلسون، گری و بارت (Wilson, Gray & Barrette, 1990) در تحلیل عاملی این پرسش‌نامه، ضرایب آلفای کرونباخ بین ۰/۶ تا ۰/۷ را گزارش کرده‌اند. تجریشی (۱۳۸۴) ضرایب آلفای کرونباخ بین ۰/۶۵ تا ۰/۷۲ را به دست آورد که کمترین مقدار مربوط به مولفهٔ اجتناب فعال و بیشترین مقدار مربوط به مولفهٔ خاموشی بود.

به منظور سنجش میزان حمایت اجتماعی، آزمودنی‌ها به پرسش‌نامهٔ حمایت اجتماعی پاسخ دادند. شکل تغییر یافتهٔ پرسش‌نامهٔ حمایت اجتماعی (ابراهیمی قوام، ۱۳۷۱) مبتنی بر

1. Approach

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-14]

پرسش‌نامهٔ حمایت اجتماعی وکس و دیگران (Wax, et al., 1990) برای هر جمله دو گزینهٔ "بلی" یا "خیر" دارد و با توجه به مضمون جمله‌ها به هر یک از گزینه‌های "بلی" یا "خیر" نمرهٔ ۱ یا صفر تعلق می‌گیرد و دامنهٔ احتمالی نمره‌های به دست آمده بین صفر تا ۲۳ است. ابراهیمی قوام (۱۳۷۱) پرسش‌نامه حمایت اجتماعی را بر روی یک گروه ۱۰۰ نفری از دانشجویان و یک گروه ۲۰۰ نفری از دانش آموزان اجرا و به ترتیب ضرایب پایایی ۰/۹۰ و ۰/۷۰ را گزارش کرده است.

ارزیابی میزان افسردگی آزمودنی‌ها به وسیلهٔ پرسش‌نامهٔ افسردگی بک صورت گرفت. پرسش‌نامهٔ افسردگی بک (Beck & Steer, 1987) به عنوان مناسب‌ترین معیار ارزش‌یابی حالت افسردگی در افراد در نظر گرفته شده است (Lowenthal, 2001). در مطالعهٔ حاضر شکل اختصاری پرسش‌نامهٔ بک مشتمل بر ۱۳ ماده استفاده شده است. چهار گزینهٔ مربوط به هر ماده به ترتیب به صورت ۱،۲،۳ و صفر نمره‌گذاری می‌شود و دامنهٔ نمره‌ها بین ۳ و ۳۹ است. پایایی دو نیمهٔ پرسش‌نامهٔ افسردگی بک، ۰/۹۳ و روایی آن ۰/۷۳ گزارش شده است (نریمانی و روشن، ۱۳۸۱).

۴-۲) تجزیه و تحلیل داده‌ها

در پژوهش حاضر حمایت اجتماعی و فعالیت سیستم‌های بازداری و فعال‌ساز رفتاری به عنوان متغیرهای مستقل در نظر گرفته شده‌اند که البته متغیر دوم، ارزش متغیر واسطه‌ای را دارد و افسردگی به عنوان متغیر وابسته اندازه‌گیری می‌شود. متغیر جنس در این پژوهش کنترل شده است و تنها زنان مورد بررسی قرار گرفته‌اند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش تحلیل رگرسیون چند متغیری استفاده شده است. پژوهش‌گر در پژوهش حاضر با استفاده از یک گروه آزمودنی، اطلاعاتی را حداقل دربارهٔ دو متغیر ـ بدون دستکاری یا کنترل هر یک از آن‌ها ـ به دست آورده است. بنابراین با یک مطالعه از نوع همبستگی سر و کار داریم.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-14]

۳) نتایج

جدول شمارهٔ ۱ ماتریس همبستگی متغیرهای مختلف را در گروه نمونه توصیف می‌کند.

جدول ۱: ماتریس همبستگی متغیرهای اصلی پژوهش

متغیرها	روی آورد	اجتناب فعال	سیستم فعال ساز رفتاری	اجتناب فعل‌پذیر	خاموشی	سیستم بازداری رفتاری	افسردگی	حمایت اجتماعی
روی آورد								
اجتناب فعال	-۰/۲۴۱**							
سیستم فعال‌ساز رفتاری	۰/۶۷۸**	۰/۵۴۹**						
اجتناب فعل پذیر	۰/۲۷۷**	-۰/۰۵۵	۰/۱۹۴**					
خاموشی	۰/۱۵۶**	-۰/۱۱۴	۰/۰۴۴	۰/۴۴۱**				
سیستم بازداری رفتاری	۰/۲۴۴**	-۰/۱۰۴	۰/۱۲۷	۰/۷۹۹**	۰/۸۹۲**			
افسردگی	۰/۲۲۰**	۰/۱۳۸	۰/۰۸۳	-۰/۳۷۵**	-۰/۲۰۲**	۰/۳۲۴**		
حمایت اجتماعی	-۰/۰۰۷	۰/۱۳۰	۰/۰۹۴	-۰/۱۳۹	-۰/۰۹۹	۰/۱۳۶	-۰/۴۶۴**	

p<۰/۰۱

همان‌گونه که در ماتریس همبستگی متغیرها مشخص است، بین حمایت اجتماعی و میزان افسردگی آزمودنی‌ها رابطهٔ منفی معنادار (p<۰/۰۱) وجود دارد. در مورد ارتباط دو سیستم فعال‌ساز رفتاری و بازداری رفتاری با افسردگی و حمایت اجتماعی (صرف‌نظر از ارتباط مولفه‌ها) رابطهٔ فعالیت سیستم فعال‌ساز رفتاری و افسردگی غیر معنادار و رابطهٔ فعالیت سیستم بازداری رفتاری و افسردگی معنادار (p<۰/۰۱) است. ارتباط بین فعالیت سیستم‌های فعال‌ساز رفتاری و بازداری رفتاری با حمایت اجتماعی معنادار نیست.

نخستین فرضیهٔ پژوهش رابطهٔ بین حمایت اجتماعی و گرایش به افسردگی را مورد توجه قرار داده است. بر مبنای همبستگی گزارش شده در جدول شمارهٔ ۱ (r = -۰/۴۶۴) بین میزان حمایت اجتماعی و گرایش به افسردگی رابطهٔ منفی معنادار (p<۰/۰۱) وجود

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-14]

دارد. به سخن دیگر، هر اندازه میزان حمایت اجتماعی افزایش یابد، گرایش به افسردگی تقلیل می‌یابد. به منظور تحلیل دقیق‌تر این ارتباط از یک تحلیل رگرسیون استفاده شده که در آن تغییرات متغیر افسردگی بر مبنای حمایت اجتماعی مورد وارسی قرار گرفته که نتایج آن در جدول شمارهٔ ۲ منعکس شده است.

جدول ۲: تحلیل رگرسیون متغیر افسردگی بر میزان حمایت اجتماعی

منبع تغییر	مجموع مجذورات	درجهٔ آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	سطح معناداری
رگرسیون	۱۲۸۶/۹۲	۱	۱۲۸۶/۹۲		
باقیمانده	۴۶۹۹/۳۷	۱۹۳	۲۴/۳۵		
کل	۵۹۸۶/۲۹	۱۹۴		۵۲/۸۵	۰/۰۰۱

نتایج ارائه شده در جدول شمارهٔ ۲ بیان‌گر آن است که نسبت F حاصل از تحلیل واریانس متغیر افسردگی بر مبنای متغیر حمایت اجتماعی معنادار (p<۰/۰۰۱) است. به منظور ارزیابی بیشتر این ارتباط، ضریب تعیین محاسبه شد که معادل ۰/۲۱۵ بود. بر اساس ضریب تعیین می‌توان اظهار داشت که ۲۱/۵ درصد از تغییرات متغیر افسردگی بر مبنای متغیر حمایت اجتماعی تعیین می‌شود و این میزان از پیش‌بینی، معنادار (p< ۰/۰۰۱) است.

به منظور آزمون فرضیهٔ دوم نیز از یک تحلیل رگرسیون استفاده شده است که در آن متغیر گرایش به افسردگی به عنوان متغیر ملاک و متغیر میزان فعالیت سیستم فعال ساز رفتاری به عنوان متغیر پیش‌بین وارد معادله رگرسیون شده است. جدول شمارهٔ ۳ نتایج این تحلیل را نشان می‌دهد.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-14]

جدول ۳: تحلیل رگرسیون متغیر افسردگی بر میزان فعالیت سیستم فعال ساز رفتاری

منبع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	سطح معناداری
رگرسیون	۴۱/۲۳	۱	۴۱/۲۳		
باقیمانده	۵۹۴۵/۱	۱۹۳	۳۰/۸۰		
کل	۵۹۸۶/۳	۱۹۴		۱/۳۴	۰/۲۵

نتایج ارائه شده در جدول شمارهٔ ۳ بیان‌گر آن است که ارتباط بین فعالیت سیستم فعال ساز رفتاری و میزان گرایش به افسردگی معنادار نیست. بر مبنای شاخص ضریب تعیین تنها ۰/۷ درصد از تغییرات متغیر افسردگی به وسیلهٔ فعالیت سیستم فعال ساز رفتاری قابل تبیین است (که البته این مقدار معنادار نیست). توجه به ماتریس همبستگی متغیرها (جدول شمارهٔ ۱) نشان می‌دهد که افسردگی با اجتناب فعال رابطهٔ معکوس (اما غیرمعنادار) دارد، ولی رابطهٔ افسردگی با متغیر روی آورد معنادار است ($p < ۰/۰۱$ و $r = ۰/۲۲۰$).

سومین فرضیهٔ پژوهش، رابطهٔ بین میزان فعالیت سیستم بازداری رفتاری و افسردگی را مورد بررسی قرار داده است و برای آزمون این فرضیه از یک تحلیل رگرسیون استفاده شده که در آن گرایش به افسردگی به عنوان متغیر ملاک و میزان فعالیت سیستم بازداری رفتاری به عنوان متغیر پیش بین وارد معادله شده است. نتایج این تحلیل در جدول شمارهٔ ۴ نشان داده شده است.

جدول ۴: تحلیل رگرسیون متغیر افسردگی بر میزان فعالیت سیستم بازداری رفتاری

منبع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	سطح معناداری
رگرسیون	۶۲۷/۴	۱	۶۲۷/۴		
باقیمانده	۵۳۵۸/۹	۱۹۳	۲۷/۷۷		
کل	۵۹۸۶/۳	۱۹۴		۲۲/۵۹	۰/۰۰۱

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-14]

همان‌گونه که در جدول شمارهٔ ۴ مشخص است، رابطهٔ میان میزان فعالیت سیستم بازداری رفتاری و گرایش به افسردگی معنادار (p<۰/۰۰۱) است. برمبنای ضریب تعیین تحلیل می‌توان بیان کرد که ۱۰/۵ درصد از تغییرات متغیر گرایش به افسردگی توسط متغیر فعالیت سیستم بازداری رفتاری تبیین می‌شود و این میزان از پیش بینی معنادار (p<۰/۰۰۱) است.

جهت آزمون فرضیهٔ چهارم پژوهش که نقش واسطه‌ای دو متغیر فعالیت سیستم فعال‌ساز رفتاری و فعالیت سیستم بازداری رفتاری را در رابطهٔ بین حمایت اجتماعی و گرایش به افسردگی مورد توجه قرار می‌دهد، از یک تحلیل رگرسیون گام‌به‌گام[1] استفاده شده است که در آن متغیر افسردگی به عنوان متغیر ملاک و متغیرهای حمایت اجتماعی، فعالیت سیستم بازداری رفتاری و فعالیت سیستم فعال‌ساز رفتاری به عنوان متغیرهای پیش‌بین وارد معادله شده‌اند. جدول شمارهٔ ۵ نتایج این تحلیل رگرسیون را نشان می‌دهد.

جدول ۵: نتایج رگرسیون متغیر افسردگی بر حمایت اجتماعی و فعالیت سیستم‌های فعال‌ساز رفتاری و بازداری رفتاری

گام	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجهٔ آزادی	میانگین مجذورات	F نسبت	ضریب تعیین	ضریب بتا	خطای استاندارد	t نسبت
اول حمایت اجتماعی	رگرسیون	۱۲۸۶/۹	۱	۱۲۸۶/۹		۰/۲۱۵	-۰/۴۶	۰/۰۸۸	-۷/۲۷
	باقیمانده	۴۶۹۹/۴	۱۹۳	۲۴/۳۵					
	کل	۵۹۸۶/۳	۱۹۴		۵۲/۸۵				
دوم حمایت اجتماعی+ بازداری رفتاری	رگرسیون	۱۷۰۰/۹	۲	۸۵۰/۴		۰/۲۸۴	-۰/۴۳ ۰/۲۶	۰/۰۸۵ ۰/۰۳۱	-۶/۹۴ ۴/۳۱
	باقیمانده	۴۲۸۵/۴	۱۹۲	۲۲/۳					
	کل	۵۹۸۶/۳	۱۹۴		۳۸/۱۰				

P<۰/۰۰۱

1. Stepwise

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-14]

نتایج تحلیل فوق نشان می‌دهد که پس از متغیر حمایت اجتماعی در تبیین واریانس متغیر گرایش به افسردگی، تنها متغیر فعالیت سیستم بازداری رفتاری وارد معادلهٔ رگرسیون شده است. بر مبنای ضرایب بتا، هر اندازه حمایت اجتماعی کمتر باشد، گرایش به افسردگی بیشتر است، اما متغیر بازداری رفتاری این رابطه را تعدیل می‌کند؛ به سخن دیگر، رابطهٔ میان میزان حمایت اجتماعی و افسردگی در شرایطی که سیستم بازداری رفتاری غلبه دارد، بیشتر است. این امر در واقع تایید فرضیهٔ چهارم پژوهش نیز است.

بر مبنای ضرایب تعیین، در گام اول تحلیل، متغیر حمایت اجتماعی به تنهایی ۲۱/۵ درصد از تغییرات متغیر ملاک (گرایش به افسردگی) را تبیین می‌کند ($p<۰/۰۰۱$). اما در گام دوم تحلیل، افزوده شدن متغیر فعالیت سیستم بازداری رفتاری قدرت پیش‌بینی را به ۲۸/۴ درصد افزایش می‌دهد، که این میزان افزایش نیز معنادار ($p<۰/۰۰۱$) است. متغیر سوم (فعالیت سیستم فعال‌ساز رفتاری) سهم معناداری را در افزایش ضریب تعیین ایفا نمی‌کند و بنابراین وارد تحلیل نشده است.

۴) بحث و نتیجه‌گیری

نخستین یافتهٔ پژوهش حاضر، رابطهٔ منفی معنادار ($p<۰/۰۱$) بین حمایت اجتماعی و افسردگی را نشان می‌دهد و بیان‌گر آن است که با افزایش میزان حمایت اجتماعی، گرایش به افسردگی کاهش می‌یابد. این یافته با نتایج پژوهش‌های بسیاری (Hart & Kennedy, 2002; Cassidy, 1999; Lynam & Gudonis, 2005; Holohan, et al., 1995; Park & et al., 2002) همخوانی دارد که در همهٔ آن‌ها شبکهٔ گستردهٔ ارتباط‌های اجتماعی، و متعاقب آن حمایت اجتماعی عامل مهمی برای فراهم شدن تجربه‌های مثبت و پاداش‌دهنده برای افراد به شمار می‌رود، در نتیجه، افزایش احساس خود ارزشمندی افراد و کاهش احتمال ابتلا به اختلالات روان‌شناختی را در پی خواهد داشت.

از سوی دیگر، برخی از پژوهش‌ها ارتباط مستقیم بین موفقیت بیش از اندازه و حمایت

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-14]

اجتماعی بالا با نشانه‌های افسردگی را گزارش کرده‌اند. کاسیدی (Cassidy, 1999) نشان داد که اندازهٔ شبکهٔ حمایت اجتماعی، عامل ضعیفی برای پیش بینی سلامتی تلقی می‌شود، در حالی که میزان حمایت ادراک شده، پیش‌بینی‌کنندهٔ مناسبی برای سلامتی به شمار می‌رود. همچنین لیو (Liu, 2001) در مطالعه‌ای بر نوجوانان تایوانی نشان داد که حمایت بالا در خانواده، نشانه‌های افسردگی را در پسرها در مقایسه با دخترها افزایش می‌دهد و در تبیین این یافته، اظهار می‌دارد که نوجوانان پسر در مقایسه با دخترها، برای کسب خودمختاری و استقلال، اشتیاق بیشتری نشان می‌دهند و حمایت اجتماعی مانعی در جهت دستیابی به این منظور تلقی می‌شود.

البته منطقی به نظر می‌رسد که حمایت اجتماعی، رفتارهای سلامتی را تحت تاثیر قرار می‌دهد، ولی در این مورد که حمایت اجتماعی به طور کامل، ارتباط بین روابط صمیمی و سلامتی را تبیین می‌کند تردید وجود دارد (Kaplan, et al, 1993).

بررسی دومین فرضیهٔ پژوهش نشان می‌دهد که رابطهٔ معکوس بین میزان فعالیت سیستم فعال‌ساز رفتاری و گرایش به افسردگی معنادار نیست و بر مبنای محاسبهٔ ضریب تعیین، تنها ۰/۷ درصد از تغییرات افسردگی توسط فعالیت سیستم فعال‌ساز رفتاری تبیین می‌شود. به اعتقاد فاولس (Fowles, 2000) سیستم فعال ساز رفتاری، رفتار روی آورد و انگیزش خوشایند را کنترل می‌کند و انگیزش خوشایند با حالات عاطفی مثبت همراه است. گیبل و همکاران (Gable, et al., 2000) نشان داده‌اند که افراد دارای سیستم فعال‌ساز رفتاری قوی‌تر، عواطف مثبت‌تری را در گزارش‌های روزمرهٔ خود بیان می‌کنند. با وجود این، ارتباط بین حساسیت سیستم فعال‌ساز رفتاری و افزایش تجربهٔ عواطف مثبت پس از رویدادهای مثبت زندگی به دست نیامده است.

پنتو- مزا و همکاران (Pinto-Meza, et al., 2002) نشان داده‌اند که افراد دارای افسردگی عمده[1] (MD) از سیستم بازداری رفتاری قوی‌تر و سیستم فعال‌ساز رفتاری ضعیف‌تری برخوردارند. به نظر می‌رسد که این افراد پس از بهبودی نیز به دلیل

1. Major Depression

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-14]

برخورداری از سیستم فعال‌ساز رفتاری ضعیف، برای ابتلای مجدد به افسردگی عمیق آسیب‌پذیرتر باشند.

همچنین بیوکیانز و همکاران (Biuckians ,et al., 2007) به این نتیجه دست یافته‌اند که حساسیت و غلبهٔ سیستم فعال‌ساز رفتاری، پیش‌بینی‌کنندهٔ مهمی برای نشانه‌های مانیا[1] در طول زمان به شمار می‌رود، در حالی که ضعف سیستم فعال‌ساز رفتاری عامل مناسبی برای پیش‌بینی نشانه‌های افسرده وار تلقی می‌شود.

شاید بتوان در مورد یافته پژوهش اخیر مبنی بر رابطهٔ غیر معنادار بین میزان فعالیت سیستم فعال‌ساز رفتاری و گرایش به افسردگی این نکته را پذیرفت که آمادگی برای تجربه عواطف منفی به وسیله عوامل متعددی تعیین می‌شود و به دلیل پیچیدگی مبنای فیزیولوژیکی عاطفه، مرتبط ساختن سیستم فعال‌ساز رفتاری با حالات غمگینی با مشکلات قابل توجهی مواجه می‌گردد (Bates, 1989).

در راستای سومین فرضیهٔ پژوهش، نتایج تحلیل رگرسیون نشان می‌دهد که بین میزان فعالیت سیستم بازداری رفتاری و گرایش به افسردگی، رابطهٔ معنادار وجود دارد و بر مبنای محاسبهٔ ضریب تعیین، ۱۰/۵ درصد از تغییرات گرایش به افسردگی به وسیلهٔ متغیر فعالیت سیستم بازداری رفتاری تعیین می‌شود. این یافته با نتایج بسیاری از پژوهش‌ها (Gable et al., 2000; Carver, et al., 2000; Fowles, 2000) که ارتباط مستقیم بین فعالیت سیستم بازداری رفتاری و عواطف منفی را نشان داده‌اند همخوانی دارد.

طبق نظریهٔ انگیزشی گری (Gray, 1987; 1982)، سیستم بازداری رفتاری یک سیستم عصب شناختی است که با نشانه‌های محرک تنفر آور (فقدان پاداش و یا تنبیه) فعال می‌شود و فعالیت آن موجب بازداری و در نهایت تجربهٔ فاعلی[2] اضطراب می‌گردد. حساسیت افراطی سیستم بازداری رفتاری می‌تواند حالت اضطرابی فزاینده و گرایش به بازداری رفتاری را در فرد ایجاد نماید و آمادگی وی را برای تجربهٔ اختلالات افسرده وار افزایش دهد.

1. Mania
2. Subjective

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-14]

بررسی چهارمین فرضیهٔ پژوهش نشان می‌دهد که هر اندازه حمایت اجتماعی کمتر باشد گرایش به افسردگی بیشتر است، اما متغیر بازداری رفتاری این ارتباط را تعدیل می‌کند. مروری بر پیشینهٔ پژوهشی بیان‌گر آن است که ارتباط بین حمایت اجتماعی و افسردگی تحت تاثیر متغیرهای واسطه‌ای قرار می‌گیرد. آنجر و همکاران (Unger ,et al., 1999) به متغیرهای میزان درآمد، جنس و سطح کارکرد جسمانی اشاره کرده‌اند. همچنین گری (Gray, 1982) بیان می‌کند که تفاوت‌های زیست شناختی افراد، آمادگی آن‌ها را برای گرایش به افسردگی تحت تاثیر قرار می‌دهد. ویلسون و همکاران (Wilson ,et al., 1990) اظهار داشته‌اند الگویی که در فعالیت سیستم فعال‌ساز رفتاری نهفته است فرد را در جهت نوعی مقابله و تلاش در رفع موانع و جستجوی اهداف خوشایند سوق می‌دهد، در حالی که غلبه و حساسیت زیاد سیستم بازداری رفتاری، هدایت فرد به سوی درماندگی و افسردگی را در پی دارد.

شاید بتوان در مورد این یافتهٔ پژوهش مبنی بر نقش واسطه‌ای سیستم بازداری رفتاری در ارتباط بین حمایت اجتماعی و افسردگی، این نکته را پذیرفت که در شرایط حمایت اجتماعی ضعیف، افراد دارای حساسیت بالای سیستم فعال‌ساز رفتاری در مقایسه با افراد دارای حساسیت بالای سیستم بازداری رفتاری به احتمال بیشتری افسرده می‌شوند. از سوی دیگر بر اساس عملکرد فعالیت سیستم بازداری رفتاری، انتظار می‌رود افرادی که از حساسیت افراطی این سیستم برخوردارند خجالت، انزوای اجتماعی، حساسیت به تنبیه و شکست را نشان دهند و به آسانی جرات خود را از دست داده و در مقابله با موقعیت‌ها با شکست مواجه می‌شوند. بنابراین، برخورداری از حمایت اجتماعی مناسب در افرادی که سیستم بازداری رفتاری آن‌ها غالب است می‌تواند گرایش به افسردگی را کاهش دهد.

آن‌چه که می‌توان به صورت محسوس از یافته‌های پژوهش حاضر استنتاج کرد این نکته است که رابطهٔ بین حمایت اجتماعی و افسردگی، یک رابطهٔ خطی نیست و یکی از متغیرهایی که این حلقهٔ تبیینی را از حالت خطی خارج می‌سازد، فعالیت سیستم بازداری رفتاری است. همان‌طور که نتایج تحلیل شمارهٔ چهار نشان می‌دهد، حمایت اجتماعی به

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-14]

تنهایی ۲۱/۵ درصد از واریانس گرایش به افسردگی را تبیین می‌کند و به نظر می‌رسد که باقیماندهٔ تغییرات افسردگی به وسیله متغیرهای واسطه‌ای قابل پیش‌بینی باشد که یکی از آن متغیرها، فعالیت سیستم بازداری رفتاری است. با وجود این، سیستم بازداری رفتاری تنها قادر است مقدار اندکی از واریانس گرایش به افسردگی را پیش‌بینی کند. به عبارت دیگر، بسته به اینکه فرد از لحاظ حساسیت و فعالیت سیستم بازداری رفتاری در چه سطحی قرار داشته باشد، گرایش وی به افسردگی در شرایط حمایت اجتماعی پایین، متفاوت خواهد بود. اگر چه، این پژوهش در زمینهٔ گرایش به افسردگی، بر فعالیت سیستم بازداری رفتاری تاکید می‌ورزد، نمی‌توان تغییرات ناشی از حمایت اجتماعی و گرایش به افسردگی را محدود به پاسخ سیستم‌های مغزی / رفتاری دانست و نیاز به پژوهش‌های آینده‌نگر که نقش متغیرهای واسطه‌ای جدیدی را در این ارتباط بررسی نماید به خوبی محسوس است.

در مجموع، نتایج این محور پژوهشی به صورت ضمنی، نه تنها منجر به شناسایی و تصریح عوامل جدید در زمینهٔ بروز افسردگی می‌گردد، بلکه به این مهم اشاره می‌کند که با توجه به فهم تفاوت‌های فردی در زمینهٔ حساسیت ساخت‌های مختلف عصبی و آسیب‌پذیری متفاوت افراد نسبت به افسردگی، می‌توان روش‌ها و راهبردهای درمانی نوین را در زمینهٔ افسردگی طراحی نمود.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-14]

منابع

References

- ابراهیمی، قوام. (۱۳۷۱)، **اندازه‌گیری روایی و اعتبار سه مفهوم منبع کنترل، عزت نفس و حمایت اجتماعی در دانشجویان دانشگاه تهران**، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکدهٔ روانشناسی دانشگاه علامه طباطبایی.
- تجریشی، م؛ دلاور، ع؛ برجعلی، ا و جمهری، ف. (۱۳۸۴)، «تاثیر موقعیت‌های موفقیت و شکست بر تغییرات شاخص‌های فیزیولوژیک براساس فعالیت سیستم‌های مغزی / رفتاری»، **مجلهٔ روان‌شناسی**، سال نهم، شمارهٔ ۳۷.
- نریمانی، م. و روشن، ر. (۱۳۸۱)، «بررسی میزان شیوع افسردگی و اثر بخشی درمان رفتاری- شناختی در کاهش افسردگی دانش‌آموزان»، **مجلهٔ روان‌شناسی**، سال ششم، شمارهٔ ۲۳.

- Atchley, R.C. (1997), **Social Force and Aging: An Introduction to Social Gerontology** (8th edition), Wadsworth Publishing Company, USA.
- Bates, J.E. (1989), "Concepts and Measures of Temperament", In G.A. Kohnstamm; J.E. Bates & M.K. Rothbart (Eds.), **Temperament in Childhood**, New York, John Wiley & Sons.
- Biuckians, A.; Miklowitz, D.J. & Kim, E.Y. (2007), "Behavioral Activation, Inhibition and Mood Symptoms in Early- onset Bipolar Disorder", **Journal of Affective Disorders**, vol. 97, January 1-3. available at <http:// www.elsevier.com>.
- Blazer, D.G.; Kessler, R.C., Mc Gogagle, K.A, & Swartz, M.S. (1994), "The Prevalence and Distribution of Major Depression in a National Community Sample: The National Comorbidity Survey", **American Journal of Psychiatry**, 151.
- Brehm, S.S.; Kassin, S.& Mifflin, H. (1996), **Social Psychology**, 3rd Edi., New York, Wiley.
- Brown, G.W & Harris, T. (1989), **Life Events and Illness**. London, Unwin.
- Carver, C.S.; Sutton, S.K. & Scheier, M.F. (2000), "Action, Emotion, and Personality: Emerging Conceptual Integration", **Personality and Social Psychology Bulletin**, 26.
- Cassidy, T. (1999), **Stress, Cognition and Health**, Routledge.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-14]

References منابع

- Fowles, D.C. (2000), "Electrodermal hyporeactivity and Antisocial Behavior: Does Anxiety Mediate the Relationship?", **Journal of Affective Disorders**, 61.
- Gable, S.L.; Reis, H.T. & Elliot, A.J. (2000), "Behavioral Activation and Inhibition in Everyday Life", **Journal of Personality and Social Psychology**, 78.
- Gray, J.A. (1982), **The Neuropsychology of Anxiety: An Inquiry into the Functions of the Septo-hippocampal System**, Oxford, Oxford University Press.
- Gray, J.A. (1987), "The Neuropsychology of Emotion and Personality", In S.M. Stahl, S.D. Iversen & E.C. Goodman (Eds.), **Cognitive Neuropsychology**, Oxford, Oxford University Press.
- Gray, J.A. (1994), "Framework for a Taxonomy of Psychiatric Disorder", In S.H.M. van Goozen; N.E. van de poll and J.A. Sergeant. (Eds.), **Emotions: Essays on Emotion Theory**, Lawrence Erlbaum, Hove.
- Hart, D. & Kennedy, T. (2002), **Job Stress Predicts Depression Regardless of Personality**, The Royal College of Psychiatrists, available at: <http://answers.yahoo.com(April 2004)>.
- Holohan, C.J.; Moos, R.H.; Holohan, C.K.& Brennan, P.L. (1995), "Social Support, Coping and Depressive Symptoms in a Late-middle-aged Sample of Patients Reporting Cardiac Illness", **Heath Psychology**, 14.
- Kaplan, H. I., Sallis, J.F. & Patterson, T.L. (1993), **Health & Human Behavior**, New York.
- Kendler, K.S.; Neale, M.C.; Kessler, R.C.; Health, A.C. & Evans, L.J. (1993), "A Longitudinal Twin Study of 1 Year Prevalence of Major Depression in Women," **Archives of General Psychiatry**, 50.
- Liu, Y.L. (2002), "Dysfunctional Attitudes, Perceived Social Support and Depression among Taiwanese Adolescents", **Adolescence**,Vol. 37. available at <http://www.google.com(January 2007)>.
- Loewenthal, K.M. (2001), **An Introduction to Psychological Test and Scales**, (2nd Edition), Psychology-Press-LTD.
- Lynam, D.R. & Gudonis, L. (2005), "The Development of Psychopathy", **Annual Review of Clinical Psychology**. April 1.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-14]

References منابع

- Monroe, S.M.; Thase, M.E. & Hersen, M. (1985), "Life Events and The Endogenous-nonendogenous Distinction in the Treatment and Post- treatment Course of Depression", **Comprehensive Psychiatry**, 26.
- Park, K-o; Wilson, M.G. & Vandenberg, R.J. (2002), "Effects of Social Support at Work on Depression and Related Organizational Outcomes", **The 130th Annual Meeting of APHA**. Nov.13.
- Penedo, F.J.; Antoni, M.H.; Schneiderman, N.; Ironson, G.H.; Malow, R.M.; Cruess, S.H. & Laperriere, A. (2001), "Dysfunctional Attitudes, Coping, and Depression among HIV-Seropositive Men Who Have Sex with Men", **Cognitive Therapy and Research**, 25.
- Pinto_Meza, A.; Caseras, X.; Soler, J.; Puigdemont, D.; Perez, V. & Torrubia, R. (2002), "Behavioral Inhibition & Behavioral Activation Systems in Current and Recovered Major Depression Participants", **Personality and Individual Differences**, 40(2). available at: <http://www.sciencedirect.com (January 2007)>.
- Priss, B.& Shahrer, G. (2000), Dependency, Self Criticism, Social Contex and Distress: Comparing Moderationg & Mediating Models. Vol, 28,.
- Sarafino, E.P. (1994), Health Psychology: Biopsychosocial Interactions, NewYork, Wiley.
- Taylor, S.E. (1995), Health Psychology (3rd ed.), New York, McGraw-Hill
- Unger, J.B.; McAvay, G.; Bruce, M.L.; Berkman, L.; Seeman, T. (1999), Variation in the Impact of Social Network Characteristics on Physical Functioning in Elderly Persons; Mc Arthur Studies of Successful Aging. **Journal of Gerontology**, 54B(5).
- Weissman, M.M; Kidd, K.K.& Prusoff, B.A. (1982), "Variability in Rates of Affective Disorders in Relatives of Depressed and Normal Probands", **Archives of General Psychiatry**, 39.
- Wilson, G.D.; Gray, J.A. & Barrett, P.T. (1990), "A factor analysis of the Gray-Wilson Personality Questionnaire", **Personality and Individual Differences**, 10.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-14]

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-14]