

بررسی نقش استرس و سبکهای شخصیتی اجتماع‌مداری و استقلال‌مداری در افسردگی

ربابه نوری*، علی‌رضا جزایری**

ربابه مزینانی**، محمود قاضی طباطبایی***

طرح مسئله: یک (۱۹۸۳)، سبکهای شخصیتی اجتماع‌مداری و استقلال‌مداری را عامل ابتلا به افسردگی می‌داند که در صورت تعامل با استرسهای همگون با همان سبک شخصیتی منجر به افسردگی می‌شود.

روش: در این پژوهش نقش استرس و متغیرهای شخصیتی استقلال‌مداری و اجتماع‌مداری در افسردگی در قالب یک طرح پس‌رویدادی و کنترل - شاهد بررسی شد. بدین منظور ۱۵۶ بیمار افسرده با ۷۸ فرد عادی از نظر سن و جنس هم‌تاسازی شدند و استرسهای زندگی، استرسهای همگون با سبکهای شخصیتی استقلال‌مداری و اجتماع‌مداری مورد مقایسه و تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: یافته‌های پژوهش نشان داد که بیماران افسرده در مقایسه با افراد عادی به‌طور معنی‌داری استرسهای بیشتری تجربه کرده بودند. همچنین، نوع استرسهای بیماران افسرده استقلال‌مدار و اجتماع‌مدار به‌طور معنی‌دار متفاوت و کاملاً همگون با سبکهای شخصیتی آنان بود.

نتایج: این پژوهش از نقش استرس در افسردگی و همچنین فرضیه همگونی استرسهای یک‌حمایت‌کرد.

کلید واژه‌ها: اجتماع‌مداری، استرس، استقلال‌مداری، افسردگی، همگونی استرسها

تاریخ دریافت: ۸۴/۱۰/۱۳ **تاریخ پذیرش:** ۸۵/۲/۱۲

* دکتر روان‌شناس بالینی <rynoury@yahoo.com>

** دکتر روان‌شناس بالینی، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

*** روانپزشک، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

**** دکتر جامعه‌شناس، عضو هیئت علمی دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه تهران

مقدمه

بیماری، یکی از مهم‌ترین عواملی است که رفاه انسانها را به مخاطره می‌افکند در این میان افسردگی جایگاه ویژه‌ای دارد زیرا افسردگی بیماری شایعی است که بین ده تا دوازده و نیم درصد مردان و بیست تا بیست و پنج درصد زنان، حداقل یک بار در طی زندگی خود دچار افسردگی اساسی می‌شوند (Blazer, 2000; Akiskal, 2000; DSM-IV, 1994). فرد را با ناتوانیهای سنگینی روبه‌رو می‌کند (Blazer, 2000). و از عوامل خطر ابتلا به مصرف و سوء مصرف مواد و خودکشی است (Kaplan و همکاران، 1994) افسردگی بار زیادی را از نظر اقتصادی بر جامعه تحمیل می‌کند به طوری که یکی از پرخسارت‌ترین بیماریهای جهان به حساب می‌آید (Blazer, 2000) و باعث از کارافتادگی و غیبتهای شغلی می‌شود (نصر و همکاران، ۱۳۷۸). بنابراین، پیشگیری از این بیماری و همچنین تشخیص به موقع و زودرس آن می‌تواند به منزله پیشگیری اولیه از بسیاری از آسیبهای دیگر بوده، به ارتقای سلامت و رفاه اجتماعی کمک کند. در این باره این سؤال اساسی مطرح است که عوامل زمینه‌ساز این بیماری کدام است؟

۱) چارچوب نظری

درخصوص عوامل زمینه‌ساز افسردگی، موضوعات مهمی مطرح شده است. پژوهشها نشان داده است که بین وقوع استرسهای منفی و شروع افسردگی رابطه مثبتی وجود دارد (Brown & Harris, 1987; Dohrenwend & Brown Harris & Hepworth, 1987; Dohrenwend, 1994; Kendler, 1981; و همکاران 1999، نقل از Barlow & Durand, 2000). به رغم وجود چنین رابطه قوی بین استرس و افسردگی، حدود ۲۰ تا ۵۰ درصد افرادی که استرسهای شدیدی تجربه می‌کنند دچار افسردگی می‌شوند و بین ۵۰ تا ۸۰ درصد افراد دچار افسردگی یا اختلالات دیگر روان‌شناختی نمی‌شوند. به نظر می‌رسد عواملی وجود دارد که افراد را مستعد و آسیب‌پذیر به افسردگی می‌کنند (بارلو، دوراند، Monroe & Simons, 1991; Monroe, Rohde, Seeley & Lewinsohn, 2000). یکی از مهم‌ترین نظریه‌های موجود در زمینه آسیب‌پذیری به افسردگی، نظریه (Beck,

1983) است (بک، ۱۹۸۳). سبکهای شخصیتی اجتماع‌مداری^۱ و استقلال‌مداری^۲ را به‌عنوان عوامل زمینه‌ساز افسردگی معرفی نمود. در اینجا سبکهای اجتماع‌مدار و استقلال‌مدار به‌صورت کوتاه معرفی می‌شوند.

افراد اجتماع‌مدار به داشتن روابط مثبت با دیگران اهمیت می‌دهد و تمایل به پذیرش، صمیمیت، حمایت و راهنمایی، آرزوهای خویشتن کامانه مانند تحسین شدن، پرستیژ، مقام و موقعیت، مورد تأیید دیگران قرار گرفتن، دریافت بازخوردهایی به معنی تأیید رفتارها و باورهای خود دارند. این افراد برای جلب رضایت، انگیزه و راهنمایی رفتارها و اعمال خود وابسته به دیگران هستند و از هر نوع رفتاری که احتمال انزوا و خطر طرد داشته باشد می‌پرهیزند (بک، ۱۹۸۳). از سوی دیگر، افراد استقلال‌مدار به استانداردها، اهداف و ملاکهای درونی خود برای موفقیت اهمیت زیادی قائل‌اند. استانداردها و اهداف این افراد بسیار بالاتر از عرف معمول است، در مورد خود بسیار سختگیرانه قضاوت می‌کنند. این افراد بیشتر عمل‌مدار هستند و به انجام دادن عمل بیشتر از فکر کردن اهمیت می‌دهند. مایل‌اند که در اعمال خود آزاد باشند و چنانچه مانعی در کار آنان ایجاد شود یا در این زمینه محدودیتی احساس کنند، دچار آشفتگی و پریشانی زیادی می‌شوند (همان منبع).

نکته مهم درباره این سبکهای شخصیتی آن است که فقط استرسهایی می‌تواند فرد را دچار افسردگی کند که همگون با زمینه شخصیتی باشد، نه هر استرسی (فرضیه همگونی^۳ استرسها) (Clark, Beck & Alford, 1999)؛ یعنی یک استقلال‌مدار زمانی که در دستیابی به موفقیت مشکلی پیدا کند بیشتر احتمال دارد دچار افسردگی شود تا یک فرد اجتماع‌مدار. از سوی دیگر، فرد اجتماع‌مداری که عزیزی را از دست داده، بیشتر احتمال دارد که دچار افسردگی شود تا یک استقلال‌مدار (بک، ۱۹۹۱؛ بک، ۱۹۸۳).

پژوهشهای متعددی در زمینه فرضیه همگونی استرسها با سبک شخصیتی انجام شده است از جمله (Fairbrother & Moretti, Hammen, Ellicott, Gitlin & Jamison, 1989)؛

1. Sociotropy
2. Autonomy
3. Congruency

1998) و پژوهشهای متعدد دیگری از همگونی استرس با متغیرهای اجتماع‌مداری و استقلال‌مداری حمایت می‌کند (Nelson, 2000 و همکاران؛ Kowan & Weissman, 2002، 1998؛ هامن و همکاران، 1985؛ Robins و همکاران، 1995؛ Rude & Burnham, 1993، 2000) Ormel, Oldenhinkel, Brilman. Mazure, Bruce, Maciejewski & Jacobs, (2001). (Morse & Robins (2005). عده‌ای دیگر از پژوهشگران بین استرس‌های همگون با اجتماع‌مداری رابطه معنی‌داری یافتند ولی بین استرس‌های همگون با استقلال‌مداری چنین رابطه‌ای به دست نیاموردند از جمله Horne & Trinder, Allen, 1996؛ Bartelstone & Trull, (1995)؛ Moore & Blackburn (1994, 1993)؛ رابینز (1990) و Robins & Block (1988). بعضی از پژوهشگران نیز چنین رابطه‌ای را میان استرس و سبک‌های شخصیتی تأیید نکرده‌اند، مانند Burgess, Dorn, Haaga & Chrousos (1996).

در هر حال، منابع پژوهشی بیشتر از ارتباط میان استرس‌های همگون با اجتماع‌مداری و نقش آنها در ایجاد افسردگی بیشتر حمایت می‌کند ولی درباره استقلال‌مداری و استرس‌های همگون با آن کمتر یافته‌های متناقضی وجود دارد. کسب نتایج متفاوت درباره فرضیه همگونی را عمدتاً به تفاوت در جمعیت، آزمونها، نوع استرس‌ها، نوع مطالعه (مقطعی یا طولی) نسبت داده‌اند (کلارک، بک و آلفورد، 1999).

هدف پژوهش حاضر، ارزیابی نقش استرس‌های همگون با متغیرهای شخصیتی اجتماع‌مداری و استقلال‌مداری در افسردگی است. فرضیه‌های پژوهش حاضر عبارت است از:

الف) بیماران افسرده در مقایسه با افراد عادی گروه کنترل، استرس‌های بیشتری تحمل کرده‌اند.
ب) بیماران افسرده اجتماع‌مدار قبل از افسردگی، استرس‌های ارتباطی بیشتری تجربه کرده‌اند.

ج) بیماران افسرده استقلال‌مدار قبل از شروع افسردگی، استرس‌های مربوط به شکست و عدم موفقیت بیشتری تجربه کرده‌اند.

۲) روش

۲-۱) نوع پژوهش

پژوهش حاضر از نوع مطالعات پس رویدادی است که به صورت کنترل - شاهد اجرا شد.

۲-۲) جامعه آماری و روش نمونه‌گیری

جامعه پژوهش حاضر را بیماران افسرده تک‌قطبی تشکیل می‌دهد. ملاکهای ورود بیماران افسرده تک‌قطبی به طرح پژوهشی عبارت است از: ابتلا به افسردگی اساسی؛ نبود پسیکوز؛ فقدان وابستگی به مواد؛ نبود عقب‌ماندگی ذهنی؛ نبود تشنج و بیماریهای نورولوژیک و نبود بیماری جسمی همزمان در حدی که بیمار، تحت درمان دارویی برای مشکلات جسمی نیز باشد. تشخیص بیماری افسردگی و کلیه ملاکهای ورود به طرح به‌عهده روان‌پزشک گزارده شد. تعداد بیماران افسرده ۱۵۶ نفر و تعداد افراد گروه کنترل ۷۸ نفر بود. این توضیح لازم است که بیماران افسرده شامل دو گروه ۷۸ نفری بودند. نیمی از این بیماران مایل به دارودرمانی و ادامه درمان و عده‌ای تمایل به درمان نداشتند. کلیه بیماران دو گروه افسرده و افراد عادی گروه کنترل از نظر سن و جنس هم‌تاسازی شدند. به این ترتیب نمونه پژوهش شامل دو گروه ۷۸ نفری از بیماران افسرده و یک گروه ۷۸ نفری از افراد عادی می‌شد که افسرده نبودند؛ و در مجموع ۲۳۴ نفر شد.^۱ آزمون X^2 تفاوت معنی‌داری را میان دو گروه جز از نظر سابقه از دست دادن در دوران کودکی نشان نداد ($X^2 = 7/71$, $df = 4$, $P < 0/05$). گروه کنترل کمتر از بیماران افسرده، سابقه از دست دادن نزدیکان در دوران کودکی داشت.

۲-۳) ابزارهای پژوهش

۲-۳-۱) پرسشنامه دموگرافیک: این پرسشنامه اطلاعات کلی در مورد خصوصیات دموگرافیک بیماران را ارزیابی کرد.

۲-۳-۲) پرسشنامه سبک شخصی SPI-II^۲ (رایینز و همکاران، ۱۹۹۴): این پرسشنامه مفاهیم اجتماع‌مداری و استقلال‌مداری را می‌سنجد. این پرسشنامه دارای ۴۸ سؤال است که ۲۴ سؤال آن مربوط به اجتماع‌مداری و ۲۴ سؤال مربوط به استقلال‌مداری است.

۱. این توضیح لازم است که داده‌های پژوهش حاضر، قسمتی از داده‌های مربوط به طرح جامع‌تری است که ضرورت داشت نمونه پژوهش از دو گروه از بیماران افسرده با شرایط بالا جمع‌آوری شود. از آنجا که داده‌های بیماران افسرده در ابتدای پژوهش تفاوتی با یکدیگر نداشت، داده‌های مربوط به دو گروه افسرده از بیماران به‌صورت یکجا در تحلیل حاضر وارد شد و به همین دلیل تعداد گروه کنترل نصف بیماران است.

2. Personal Style Inventory II (SPI-II)

۲-۳-۳ پرسشنامه افسردگی بک^۱ - BDI (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979). این پرسشنامه دارای ۲۱ دسته علائم افسردگی است که مشکلات شناختی، جسمی و عاطفی افسردگی را می‌سنجد.

۲-۳-۴ پرسشنامه افسردگی هامیلتون^۲ HRSD (Hamilton, 1967): این پرسشنامه را درمانگر یا مصاحبه‌کننده تکمیل و شدت علائم افسردگی را ارزیابی می‌کند. این آزمون هم علائم زیستی و هم علائم رفتاری افسردگی را می‌سنجد و به‌صورت گسترده‌ای در مورد بیماران مختلف هم برای طبقه‌بندی آنان و هم برای ارزیابی تغییر علائم در پی درمان به‌کار رفته است.

۲-۳-۵ آزمون بررسی تجارب زندگی^۳ (ساراسون، جانسون و سیگل؛ نقل از کوان و ویس من، ۱۹۹۸): این آزمون دارای ۵۷ ماده است که وقوع رویدادها و استرس‌های زندگی را به‌صورت خود گزارشی ارزیابی می‌کند. این آزمون نه تنها نوع استرسها بلکه شدت استرسها را نیز ارزیابی می‌کند.

۲-۳-۶ فرم مصاحبه ساخت یافته SCID: این آزمون برای استاندارد کردن فرایند سنجش در موقعیت بالینی استفاده می‌شود و به همت (First, Spitzer & Gibson, 1997) (نقل از بختیاری، ۱۳۷۹) برای تشخیص‌های DSM-IV تدوین شده است. پایایی و روایی این آزمون مناسب است و امکان تشخیص‌های بسیار دقیق با این آزمون میسر است. کلیه پرسشنامه‌های پژوهش دارای اعتبار و پایایی مناسب برای جمعیت ایرانی است.

۲-۴ روش اجرا

کلیه بیماران افسرده که به مراکز تحت مطالعه شامل مراکز سرپایی و مطب‌های خصوصی مراجعه کردند و مایل به شرکت در پژوهش بودند پس از معاینه روان‌پزشک و دارا بودن معیارهای ورود به طرح، پرسشنامه‌های پژوهش را تکمیل کردند. بیماران عادی گروه

- 1 Beck Depression Inventory (BDI)
2. Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD)
3. Life Experience Survey

کنترل نیز پس از هم‌تاسازی از نظر سن و جنس با نمونه پژوهش و انجام دادن مصاحبه ساختاریافته SCID¹ که توسط مصاحبه‌گران انجام می‌شد در صورت عدم ابتلا به افسردگی اساسی در طی عمر، پرسشنامه‌های شخصیتی و استرس را تکمیل کردند.

۳ یافته‌ها

بیماران افسرده و افراد گروه کنترل از نظر نمره‌های مربوط به استرس کل، استرسهای همگون با اجتماع‌مداری و استرسهای مربوط به استقلال‌مداری مقایسه شدند. (جدول ۱)

به منظور وجود تفاوت‌های معنی‌دار بین گروه‌های افسرده و عادی و به منظور بررسی وجود تفاوت معنی‌دار بین سبکهای مختلف شخصیتی از آزمون تحلیل واریانس استفاده شد. (جدول ۲)

تفاوت معنی‌داری بین گروه‌های افسرده و عادی از نظر استرس کل به دست آمد. ($F = 245/25$; $P < 0/01$) بدین ترتیب، اولین فرضیه پژوهش که بیماران افسرده به طور معنی‌داری بیشتر از افراد عادی استرس تحمل کرده‌اند کاملاً تأیید شد ولی از نظر متغیرهای اجتماع‌مداری و استقلال‌مداری، تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد. ($F = 0/202$; $P > 0/05$) با این حال، زمانی که استرسهای همگون با اجتماع‌مداری و همچنین استرسهای همگون با استقلال‌مداری به جای نمره استرس کل محاسبه و تجزیه و تحلیل شدند نه تنها تفاوت معنی‌داری بین گروه‌ها، بلکه بین سبکهای مختلف شخصیتی به دست آمد. به این ترتیب، بیماران افسرده اجتماع‌مدار قبل از افسردگی خود به طور معنی‌داری بیشتر از بیماران استقلال‌مدار، استرسهای مربوط به شکست در ارتباطات را تجربه کردند. همین مطلب درباره بیماران استقلال‌مدار صادق بود. بدین معنی که بیماران استقلال‌مدار به طور معنی‌داری بیشتر از بیماران اجتماع‌مدار استرسهای مربوط به شکست در استقلال را تجربه کرده بودند.

1. Structured Interview for DSM-IV axis 1 disorder.

جدول ۱: میانگین، انحراف استاندارد بیماران افسرده و افراد گروه کنترل از نظر نمره‌های مربوط به استرس کل، استرس‌های همگون با اجتماع‌مداری و استرس‌های همگون با استقلال‌مداری

متغیر	گروه	شخصیت	میانگین	انحراف‌معیار	تعداد
استرس کل	افسرده	اجتماع مدار	۳۳	۱۱/۹۲	۸۹
		استقلال مدار	۳۴/۹۴	۱۱/۵۷	۶۵
		کل	۳۳/۸۲	۱۱/۷۷	۱۵۴
	عادی	اجتماع مدار	۹/۰۲	۸/۴	۴۸
		استقلال مدار	۱۱	۸/۳۷	۳۰
		کل	۹/۷۹	۸/۳۹	۷۸
استرس همگون با اجتماع‌مداری	افسرده	اجتماع مدار	۱۵/۸۱	۷/۲۷	۸۹
		استقلال مدار	۷/۹۵	۴/۲۷	۶۵
		کل	۱۲/۴۹	۷/۲۹	۱۵۴
	عادی	اجتماع مدار	۳/۱	۳/۴۳	۴۸
		استقلال مدار	۴/۶۳	۳/۳	۳۰
		کل	۳/۶۹	۳/۴۴	۷۸
استرس همگون با استقلال‌مداری	افسرده	اجتماع مدار	۸/۳۴	۴/۳۸	۸۹
		استقلال مدار	۱۵/۶۵	۷/۲۱	۶۵
		کل	۱۱/۴۲	۶/۷۷	۱۵۴
	عادی	اجتماع مدار	۳/۰۲	۳/۴۱	۴۸
		استقلال مدار	۳/۳	۳/۳۶	۳۰
		کل	۳/۱۳	۳/۳۷	۷۸

به منظور ارزیابی دقیق‌تر از تحلیل رگرسیون چند متغیری نیز استفاده شد تا مشخص شود که تا چه اندازه متغیرهای استقلال‌مداری و اجتماع‌مداری می‌توانند پیش‌بینی‌کننده استرس‌های خاص باشند. ضرایب همبستگی متغیرهای پژوهش را در جدول ۳ مشاهده کنید.

جدول ۲: خلاصه نتایج تحلیل واریانس استرس کل، استرس همگون با اجتماع مداری و استرس همگون با استقلال مداری در بیماران افسرده و افراد عادی

F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	منبع تغییرات	متغیرها
* ۲۴۵/۲۵ ۱/۶۴ ۰۰۰	۲۸۴۲۱/۵۶ ۱۸۹/۹۸ ۰/۰۲۱ ۱۱۵/۸۹	۱ ۱ ۱ ۲۲۸	۲۸۴۲۱/۵۶ ۱۸۹/۹۸ ۰/۰۲۱ ۲۶۴۲۲/۷۳	گروه‌ها سبکهای شخصیتی گروه × سبک شخصیتی خطا	استرس کل
* ۱۰۸/۳ * ۱۶/۸۸ * ۳۷/۱۴	۳۱۷۸/۸۶ ۴۹۵/۳۵ ۶۶۹۲/۰۹ ۲۹/۳۵	۱ ۱ ۱ ۲۲۸	۳۱۷۸/۸۶ ۴۹۵/۳۵ ۶۶۹۲/۰۹ ۳۴۱۵۴	گروه‌ها سبکهای شخصیتی گروه × سبک شخصیتی خطا	استرس همگون با اجتماع مداری
* ۱۴۹/۳۸ * ۳۷/۵۷ * ۲۳/۶۷	۳۸۶۱/۵۱ ۷۱۲/۷۵ ۶۱۱/۷۳ ۲۵/۸۵	۱ ۱ ۱ ۲۲۸	۳۸۶۱/۵۱ ۷۱۲/۷۵ ۶۱۱/۷۳ ۲۸۷۵۷/۰۳	گروه‌ها سبکهای شخصیتی گروه × سبک شخصیتی خطا	استرس همگون با استقلال مداری

* P < ۰/۰۱

در این باره، ابتدا نقش متغیرهای اجتماع مداری و استقلال مداری به عنوان متغیر مستقل در پیش بینی استرس کل، استرسهای همگون با اجتماع مداری و استرسهای همگون با استقلال مداری بررسی شد (جدول ۴).

متغیرهای اجتماع مداری و استقلال مداری هر یک به تنهایی مقدار ناچیزی از استرس کل را تبیین کردند ولی زمانی که سبکهای شخصیتی به عنوان پیش بینی کننده استرسهای همگون با همان سبک شخصیتی مورد بررسی قرار گرفت، هر یک از سبکهای شخصیتی مقدار زیادی از واریانس استرسهای همگون را تبیین کردند که معنی دار نیز بود. به این ترتیب، متغیر اجتماع مداری ۳۸٪ واریانس استرسهای همگون با سبک شخصیتی اجتماع مداری و متغیر

جدول ۳: ضرایب همبستگی متغیرهای اجتماع‌مداری و استقلال‌مداری با استرس کل و استرس‌های همگون با سبک‌های شخصیتی

متغیرها	اجتماع‌مداری	استقلال‌مداری	استرس کل	استرس اجتماع‌مداری	استرس استقلال‌مداری	افسردگی بک	افسردگی هامیلتون
اجتماع‌مداری	۱	۰/۳۵۳*	۰/۲۳۰*	۰/۶۰۴*	۰/۳۳*	۰/۲۸۸*	۰/۲۸۳*
استقلال‌مداری	۰/۳۵۳*	۱	۰/۲۱۸*	۰/۱۵۷*	۰/۵۸۸*	۰/۳۸۷*	۰/۳۶۷*
استرس کل	۰/۲۳۰*	۰/۲۱۸*	۱	۰/۶۰۸*	۰/۵۶۴*	۰/۳۴۱*	۰/۳۸۴*
استرس اجتماع‌مداری	۰/۶۰۴*	۰/۳۳*	۰/۶۰۸*	۱	۰/۰۶۱*	۰/۲۴۱*	۰/۲۵۲*
استرس استقلال‌مداری	۰/۱۵۷*	۰/۵۸۸*	۰/۵۶۴*	۰/۰۶۱*	۱	۰/۳۶۱*	۰/۳۷۲*
افسردگی بک	۰/۲۸۸*	۰/۳۸۷*	۰/۳۴۱*	۰/۲۴۱*	۰/۳۶۱*	۱	۰/۹۳۳*
افسردگی هامیلتون	۰/۲۸۳*	۰/۳۶۷*	۰/۳۸۴*	۰/۲۵۲*	۰/۳۷۲*	۰/۹۳۳*	۱

* $P < 0/01$

استقلال‌مداری ۳۴٪ از واریانس استرس‌های همگون با سبک شخصیتی استقلال‌مداری را تبیین کرد. ($F = 80/26, P < 0/01$)
 به منظور بررسی دقیق‌تر، این سؤال مطرح شد که آیا تعامل استرس‌های همگون با زمینه‌های شخصیتی اجتماع‌مداری و استقلال‌مداری بیشتر قادر به پیش‌بینی افسردگی است یا یک نمره کلی استرس؟ بدین منظور، سه تحلیل رگرسیون چند متغیری انجام شد که به ترتیب مربوط به کل بیماران افسرده، بیماران افسرده اجتماع‌مدار و بیماران افسرده استقلال‌مدار بود و نمره افسردگی (بک) به‌عنوان متغیر وابسته و تعامل سبک‌های شخصیتی استقلال‌مدار و اجتماع‌مدار و استرس کل به‌عنوان متغیر مستقل در تحلیلها وارد

جدول ۴: خلاصه تحلیل رگرسیون درباره ارتباط استرسهای خاص با سبکهای شخصیتی

متغیر وابسته	ترتیب ورود	متغیر پیش‌بین	R ²	R ² change	F
کل بیماران افسرده n=۱۵۶					
استرس کل	۱	اجتماع‌مداری	۰/۰۵۳	۰/۰۵۳	۸/۵۰۲*
	۲	استقلال‌مداری	۰/۱۵۵	۰/۱۰۲	۱۸/۳۲۳*
استرسهای اختصاصی	۱	استقلال‌مداری	۰/۱۰۹	۰/۱۰۹	۱۸/۶۱۵*
	۲	اجتماع‌مداری	۰/۳۸۰	۰/۲۷۱	۶۵/۹۸۷*
استرسهای خاص	۱	استقلال‌مداری	۰/۳۴۶	۰/۳۴۶	۸۰/۲۶۰*
	۲	اجتماع‌مداری	—	—	—

* P < ۰/۰۱

شد. ابتدا، متغیرهای تعامل استرسهای همگون با زمینه‌های شخصیتی و سپس متغیر استرس کل در تحلیل وارد شد. اگر استرس کل، قدرت پیش‌بینی متفاوتی فراتر از استرسهای اجتماع‌مداری و استقلال‌مداری و تعامل این استرسها با سبکهای شخصیتی داشته باشد، پس از تبیین ارتباط دو متغیر تعاملی اولیه باید از ارتباط جداگانه معنی‌داری برخوردار باشد و در غیر این صورت، ارتباط معنی‌داری با افسردگی نخواهد داشت. بدین منظور، ابتدا، بیماران افسرده براساس نمره‌های آزمون SPI-II به دو دسته اجتماع‌مدار و استقلال‌مدار تقسیم و سپس تحلیل رگرسیون انجام شد (جدول ۵).

در هیچ یک از تحلیل رگرسیونهای بالا، استرس کل، ارتباط معنی‌داری با افسردگی نداشت؛ حتی زمانی که کل بیماران افسرده بدون تفکیک به دو گروه استقلال‌مدار یا اجتماع‌مدار مورد تحلیل قرار گرفتند. به نظر می‌رسد، هنگامی که ارتباط متغیرهای شخصیتی اجتماع‌مدار و استقلال‌مدار و استرسهای همگون با آنها با افسردگی مورد تحلیل قرار می‌گیرد و از معادله کنار می‌رود، استرس کل، ارتباط معنی‌داری با افسردگی نداشته باشد.

جدول ۵: خلاصه تحلیل رگرسیون چند متغیری پیش‌بینی نمره افسردگی براساس تعامل سبکهای شخصیتی اجتماع‌مدار و استقلال‌مدار با استرسهای همگون با زمینه شخصیتی در مقایسه با استرس کل

F	R ² change	R ²	R	متغیر پیش‌بین	ترتیب ورود	متغیر وابسته	گروه
۷/۵۰۷*	۰/۰۹۰	۰/۰۹۰	۰/۳۰۱	اجتماع‌مداری × استرس	۱	نمره	کل
۳۷/۲۸۴*	۰/۳۰۳	۰/۳۹۴	۰/۶۲۸	اجتماع‌مداری	۲	افسردگی	بیماران
۰/۵۰۲	۰/۰۰۲	۰/۳۹۶	۰/۶۲۹	استقلال‌مداری × استرس	۳	بک	افسرده n=۱۵۶
۱۹/۸۳*	۰/۳۱۶	۰/۳۱۶	۰/۵۶۲	اجتماع‌مداری × استرس	۱	نمره	بیماران
۱۰/۱۱۵*	۰/۱۳۳	۰/۴۴۸	۰/۶۷	اجتماع‌مداری	۲	افسردگی	اجتماع‌مدار
۰/۳۶۸	۰/۰۰۲	۰/۴۵۱	۰/۶۷۱	استقلال‌مداری × استرس	۳	بک	مدار n=۸۹
۲۱/۲۳۹*	۰/۴۰۷	۰/۴۰۷	۰/۶۳۸	استقلال‌مداری × استرس	۱	نمره	بیماران
۲/۹۶۶	۰/۰۵۳	۰/۴۶۰	۰/۶۷۸	استقلال‌مداری	۲	افسردگی	استقلال‌مدار
۰/۰۴۳	۰۰۰	۰/۴۶۰	۰/۶۷۸	اجتماع‌مداری × استرس	۳	بک	مدار n=۶۵

* P < ۰/۰۱

هنگامی که بیماران افسرده به دو گروه استقلال‌مدار و اجتماع‌مدار تفکیک شدند، متغیرهای تعاملی استرسهای همگون با سبکهای شخصیتی و تعامل این دو، ارتباط بیشتری را با افسردگی نشان داد. در بیماران اجتماع‌مدار، تعامل سبک شخصیتی اجتماع‌مدار با استرسهای همگون با اجتماع‌مداری ۳۱/۶٪ از واریانس افسردگی را تبیین کرد که معنی‌دار

نیز بود ($F = 19/83, P < 0/01$). هنگامی که تعامل سبک شخصیتی استقلال‌مداری و استرسهای همگون با آن هم در نظر گرفته شد، ۴۴/۸ درصد از واریانس افسردگی تبیین شد و به این ترتیب تقریباً ۵۰٪ واریانس افسردگی را دربرگرفت. نکته مهم آن است که تعامل سبک شخصیتی استقلال‌مداری با استرسهای همگون با آن نیز در گروه بیماران اجتماع‌مدار ارتباط معنی‌داری با افسردگی داشت ($F = 10/115, P < 0/01$). درباره بیماران استقلال‌مدار نیز یافته مشابهی به دست آمد. به این ترتیب که تعامل سبک شخصیتی استقلال‌مداری و استرسهای همگون با آن، ۴۰/۷ درصد واریانس افسردگی را تبیین کرد که معنی‌دار نیز بود ($F = 21/239, P < 0/01$).

۴) بحث

یافته‌های پژوهش حاضر از رابطه میان استرس و افسردگی حمایت کرد و رابطه متوسطی بین استرس و افسردگی به دست آمد (آزمون افسردگی بک $r = 0/361$ و آزمون افسردگی هامیلتون $r = 0/372$). همچنین، بیماران افسرده به‌طور معنی‌داری قبل از مراجعه خود به درمان، بیش از افراد عادی گروه کنترل، استرس را تجربه کرده بودند. این نکته همسو با بسیاری از پژوهشهایی است که در این زمینه انجام شده است.

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد سبکهای شخصیتی اجتماع‌مدار و استقلال‌مدار به‌طور معنی‌داری استرسهای متفاوتی را تجربه می‌کنند. به این ترتیب که بیماران افسرده اجتماع‌مدار به‌طور معنی‌داری بیشتر از بیماران افسرده استقلال‌مدار از استرسهایی که مربوط به جدایی، از دست دادن و اختلال در ارتباطات بین فردی است رنج می‌برند. در گروه بیماران استقلال‌مدار نیز چنین بود و این بیماران به‌طور معنی‌داری قبل از مراجعه خود، استرسهایی را تجربه کرده بودند که بیشتر مربوط به شکست در موفقیت بود. در حالی که در گروه افراد عادی تفاوت معنی‌داری از نظر سبکهای شخصیتی و نوع استرسهای تجربه شده مشاهده نشد. این یافته، همسو با پژوهش‌های هامن و همکاران (1989)؛ فیر برادر و مورتی (1998)؛ نلسون و همکاران (2001)؛ کوان و ویس من (1998)؛ هامن و همکاران (1985)؛ رایبیز و همکاران (1995)؛ رود و برن هام (1993)؛ مازور و همکاران (2000)؛ ارمل و همکاران (2001)؛ مورس و رایبیز (2005) است.

موضوع مهم دیگر آن است که در گروه بیماران اجتماع مدار، تعامل سبک شخصیتی استقلال مدار و استرسهای همگون با استقلال مداری نیز ارتباط معنی داری با افسردگی داشت. این نکته حایز اهمیت زیادی است و به نظر می‌رسد با نظریه هامن (1991) در زمینه فرضیه استرس زائی^۱ همسویی داشته باشد. هامن معتقد است رابطه‌ای تعاملی میان استرس و افسردگی وجود دارد و بیماران افسرده، در واکنش به استرسهایی که دارند، خود، استرسهایی نیز تولید می‌کنند. به این ترتیب، بیماران افسرده در چرخه معیوبی از استرس و افسردگی قرار می‌گیرند که مرتباً به عود و تشدید بیماری آنها می‌انجامد ساتو (نقل از Romanowska, 2003) نیز معتقد است تأکید و توجه افراطی که فرد به یکی از ابعاد ارتباط یا موفقیت می‌گذارد، باعث تضعیف قسمت دیگر وی شده در نتیجه یکپارچگی خود در اثر این بی‌توجهی آسیب دیده از بین می‌رود و به همین دلیل زمینه ابتلای به افسردگی ایجاد می‌شود. به عبارت دیگر، بیماران با سبکهای شخصیتی استقلال مدار یا اجتماع مدار به دلیل توجه افراطی به پاره‌ای از خصوصیات خود و بی‌اعتنایی یا کم‌توجهی به جنبه‌های دیگری از وجود خود، باعث افزایش استرس در زندگی خود می‌شوند.

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که در بیماران افسرده اجتماع مدار، تعامل استقلال مداری در استرسهای همگون با استقلال مداری نیز با افسردگی ارتباط دارد. این یافته ممکن است به دلیل آن باشد که بیماران اجتماع مداری با توجه به تأکید بیش از اندازه‌ای که به ارتباطات خود با دیگران می‌کنند و به ارتباطات خود ارزش بیش از اندازه‌ای می‌گذارند، مهارتهای لازم را برای موفقیت از دست داده؛ یا در خود پرورش نمی‌دهند و به همین دلیل در زندگی خود با شکست روبه‌رو می‌شوند. از سوی دیگر، شکست و عدم موفقیت می‌تواند به معنی فقدان شد دوست داشته شدن باشد که مجدداً استرسهای آنان را افزایش می‌دهد و مشکلات دیگری در روابط آنان به وجود آورد که به تشدید یا عود افسردگی می‌انجامد.

با توجه به یافته پژوهش حاضر و پژوهشهایی که در این زمینه انجام شده، به نظر می‌رسد توجه به متغیرهای شخصیتی استقلال یافته‌های پژوهش حاضر می‌تواند کمک‌کننده

1. Stress Generation

برنامه‌های مختلف درمان و پیشگیری از افسردگی یا عود آن در بیماران باشد. این موضوع از آن جهت حایز اهمیت بسیار است که پیشگیری، تشخیص و درمان به موقع افسردگی، خود، پیشگیری اولیه از آسیبها و مشکلات دیگر روانی و اجتماعی است.



- بختیاری، م. (۱۳۷۹)، بررسی اختلالات روانی در مبتلایان به اختلال بدشکلی بدن، پایان‌نامه جهت دریافت مدرک کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، تهران: دانشگاه علوم پزشکی ایران (انستیتو روان‌پزشکی تهران).
- نصر، م. نوری قاسم‌آبادی، ر. کریمی کیسمی، ع. (۱۳۷۸)، بررسی از کارافتادگی و استراحت‌های پزشکی ناشی از بیماری‌های روان‌پزشکی در بیمه‌شدگان سازمان تأمین اجتماعی شهر تهران، فصلنامه اندیشه و رفتار. سال پنجم، شماره ۱ و ۲، ۱۱-۲۳.
- Akiskal, H.S. (2000), **Mood Disorders: Clinical Features**. In: B.J. Sadock. V.A. Sadock(Eds.) Kaplan. Sadock s Comprehensive Textbook of Psychiatry. Vol. 1. Baltimore: Lippincott Williams. Wilkins.
- Allen,N. B.del Home, D.J. Trinder,J.(1996), **Sociotropy, Autonomy and Dysphoric Emotional Responses to Specific Classess of Stress: A Psychophysiological Evaluation**. *Journal of Abnormal Psychology*. Vol. 105,25-33.
- American Psychiatric Association. (1994), **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**, Washington: American Psychiatric Association.
- Barlestone, J.H. Trull, T.J. (1995), **Personality, Life Events , and Depression**. *Journal of Personality Assessment*. Vol. 64, 279-94.
- Barlow, D.H. Durand, V.M. (2002), **Abnormal Psychology (Third ed.)**, Belmont: Wadsworth.
- Beck , A.T.(1983), **Cognitive Therapy of Depression : New Perspectives**, In : P.J. Clayton, J. E. Barrett, (Eds.) Treatment of Depression : Old Controversis and New Approaches. New york: Raven Press.
- Beck,A.T. , Rush, A.J. Shaw, B.F. Emery, G. (1979), **Cognitive Therapy of Depression**, New York: Guilford Press.
- Blazer,D.G.(2000), **Mood Disorder: Epidemiology**. In: B.J. Sadock. V.A.Sadock.(Eds.)Kaplan. Sadock s Comprehensive Textbook of Psychiatry .Baltimore: Lippincott Williams. Wilkins.
- Burgess, E. Dorn, L.D. Haaga, D.A. Chorousos, G.(1996), **Sociotrapy, Autonomy and Depression in Cushing Syndrome**. *Journal of Nervous. Mental Disorder*. Vol. 184,362-7.

- Clark, D. A. Beck, A. T. Alford, B. A. (1999), **Scientific Foundations of Cognitive Therapy and Theory of Depression**. New York: John: Wiley. Sons, Inc.
- Fairbrother , N. Moretti. (1998), **Sociotrapy , Autonomy and Self -Discripancy : Status in Depressed, Remitted Depressed and Control Participants**. *Cognitive Therapy and Research*.Vol. 22, 79-296.
- Hamilton, M. (1967), **Development of a Rating Scale for Primary Depressive Illness**. *Journal of Clinical Psychology*.Vol. 6,278-296.
- Hammen,C. (1991), **Generation of Stress in the Course of Unipolar Depression**. *Journal of Abnormal Psychology*. Vol. 100,551-561.
- Hammen, C. Ellicott, A. Gitlin, M. Jamison. (1989), **Sociotrapy/ Autonomy and Vulnerability to Specific Life Events in Patients With Unipolar Depression and Bipolar Disorders**. *Journal of Abnormal Psychology*.Vol. 98, 154-60.
- Hammen, C. Marks, T. Mayol, A. Mayo, R. (1985), **Depressive Self- Schemas, Life Stress, and Vulnerability to Depression**. *Journal of Abnormal Psychology*, 94, 308-18.
- *Journal of Personality Assessment*.Vol.64,279-94.
- Kaplan, B.J. Sadock V.A, (1994), **Synopsis of Psychiatry**. Baltimore: Williams. Wilkins.
- Kwon, P. Whisman, M. (1998), **Sociotrapy and Autonomy as Vulnrerability to Specific Life Events: Issues in Life Event Categorization**. *Cognitive Therapy and Research*.Vol. 22, 353-362.
- Mazure, C. M. Bruce, M.L. Maciejewski, P.K. Jacobs, S.C. (2000), **Adverse Life Events and Cognitive-Personality Characteristics in the Prediction of Major Depression and Antidepressant Response**. *American Journal of Psychiatry*. Vol. 157,896-903.
- Monroe, S. M. Rohde, P. Seeley, J. R. Gewinsohn, P.M. (1999), **Life Events and Depression in Adolescence: For first Onset of Major Depressive Disorder**. *Journal of Abnormal Psychology*.Vol. 108, 606-614.

- Monroe, S. M. Simons, A. D. (1991), **Diathesis Stress Theories in the Context of Life Stress Research: Implications for Depressive Disorders.** *Psychological Bulletin*, 110, 406-425.
- Moore, R.G. Blackburn, I.M. (1993), **Sociotropy, Autonomy and Personal Memories in Depression.** *British Journal of Clinical Psychology*. Vol. 32, 460-2.
- Morse, J.Q. Robins, C.J. (2005), **Personality -Life Event Congruence Effects in Late Life Depression.** *Journal of Affective Disorders*.Vol. 84(1): 25-31.
- Morse, J.Q. Robins, C.J. Gittes-Fox,M. (2002), **Sociotropy, Autonomy and Personality Disorders Criteria in Psychiatric Patients .** *Journal of Personality Disorders*.Vol. 16, 549-560.
- Nelson, D.R. Hammen, C. Daley, S.E. Burge, D. Davila, J. (2001), **Sociotropic and Autonomous Personality Style : Contributions to Chronic Life Stress.** *Cognitive Therapy and Research*.Vol. 25, 61-76. Robins, C.J.(1990), **Congruence of Personality and Life Events in Depression.** *Journal of Abnormal Psychology*.Vol. 99, 393-397.
- Robins, C.J. Block, P. (1988), **Personal Vulnerability, Life Events and Depressive Symptoms : A Test of a Specific Interactional Model.** *Journal of Personality and Social Psychology*. Vol. 54, 847-852.
- Robins, C.J. Ladd, J. Welkowitz, J. Blaney , P. H. Diaz , R. Kutcher , G. (1994), **The Personal Style Inventory: Preliminary Validation Studies of New Measures of Sociotropy and Autonomy.** *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*.Vol. 16,277-300.
- Romanowska, K. (2003), **A Relationship between Autonomy and Mental Disorders.** *Psychiatric Polish*.Vol.37,877-88.