

بررسی تاثیر افسردگی در بازداری رفتاری دانش آموزان متوسطه اول منطقه نصرت آباد

عیسی غلامی^۱، مریم مرادقلی^۲، ابراهیم شه بخش^۳، الهام منصوری^۴

^۱ کارشناسی مشاوره، دانشگاه فرهنگیان سیستان و بلوچستان و آموزش و پرورش ناحیه ۲ زاهدان (نویسنده مسئول)

^۲ کارشناسی علوم تربیتی، تربیت معلم شهید حسینی طباطبایی و آموزش و پرورش ناحیه ۲ زاهدان

^۳ کارشناسی تربیت مربی امور تربیتی، دانشگاه فرهنگیان سیستان و بلوچستان و آموزش و پرورش منطقه نصرت آباد

^۴ کارشناسی ارشد ادبیات فارسی، دانشگاه ملی زابل و آموزش و پرورش شهرستان زهک

چکیده

افسردگی به عنوان یک بیماری فراگیر روانی از مهمترین مشکلات روحی و رانی شایع در جهان می باشد. بدون شک ریشه بیماری های جسمی زیادی در دوران بزرگسالی افسردگی های مزمن از دوران نوجوانی می باشد که در صورت عدم شناخت و توجه و درمان و پیشگیری می تواند جامعه ای افسرده خواهیم داشت. زمینه: بررسی تاثیر افسردگی در بازداری رفتاری دانش آموزان متوسطه اول منطقه نصرت آباد روش: روش این پژوهش جمع آوری داده های میدانی از طریق پرسشنامه جامعه آماری پژوهش: دانش آموزان متوسطه اول منطقه نصرت آباد با روش نمونه گیری خوشه ای است. یافته ها: نتایج تحقیق حاضر نشان داد که افسردگی با بازداری رفتاری دانش آموزان رابطه معنی داری دارد.

واژه های کلیدی: افسردگی، بازداری رفتاری، متوسطه اول، دانش آموز

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

۱. مقدمه

افسردگی

افسردگی از زمان های بسیار دور مورد توجه بوده است. حدود چهارصد سال پیش از میلاد، بقراط اصطلاح مانی و ملانکولی را برای توصیف اختلالات روانی به کار برد. در حدود سال ۳۰ میلادی، پزشک رومی، سلسوس در کتاب خود ملانکولی را ناشی از صفرای سیاه معرفی نمود. امیل کرپلین در سال ۱۸۹۹، مفهوم بیماری منیک-دپرسیو را شرح داد که شامل اکثر ملاک های تشخیصی اختلال دوقطبی I می شود. او همچنین نوع خاصی از افسردگی را نیز شرح داد که پس از یائسگی در زنان و اواخر بزرگسالی در مردان شروع می شود و به افسردگی رجعتی معروف شد، و از آن به بعد یکی از معادل های اختلالات خلقی با شروع دیررس شمرده می شود (سادوک و سادوک، ترجمه پورافکاری: ۱۳۸۸).

تمامی افراد بعضی از اوقات احساس گرفتگی یا ناراحتی می کنند. اما این احساسات معمولاً گذرا هستند و در خلال چندین روز فراموش می شوند. ولی زمانی که شخص آشفتگی و بی نظمی افسرده کننده ای دارد، این افسردگی در زندگی و فعالیت های معمولی وی تأثیر می گذارد و یا بی نظمی و اختلال، باعث رنج و زحمت فرد و کسانی می شود که با او در ارتباط هستند. افسردگی، معمول و عادی به نظر می رسد، اما بیماری جدی و مهمی است و بیشتر کسانی که آن را تجربه می کنند برای بهبود یافتن به مداوا و درمان نیاز دارند (حسینی و مهدی زاده، ۱۳۹۰).

افسردگی زمانی نابهنجار تلقی می شود که با واقعه ای که رخ داده متناسب نباشد و یا فراتر از حد معمول باشد (اتکینسون، اسمیت و هیلگارد، ۱۹۸۳).

اختلال افسردگی آن قدر شایع است که سرماخوردگی روان پزشکی لقب گرفته است (سلیگمن، ۱۹۷۵؛ به نقل از قاسم زاده، ۱۳۸۲). در هر مقطع معینی از زمان، ۱۵-۲۰ درصد بزرگسالان در سطح قابل توجهی، از نشانه های افسردگی رنج می برند. حداقل ۱۲ درصد به میزانی از افسردگی که آن ها را مقطعی از زندگی، به سمت درمان بکشاند، مبتلا هستند و حدس زده می شود که حدود ۷۵ درصد موارد بستری در بیمارستان های روانی را موارد افسردگی تشکیل می دهند (راسخ، ۱۳۹۳).

شیوع و عوامل چندگانه زیربنایی این اختلال باعث شده است که گستره وسیعی از تلاش ها در حوزه سبب شناسی، تشخیص و درمان، در این زمینه صورت گیرد. اما با این وجود هنوز به طور قطع نمی توان گفت که یافته های پژوهشی، توانسته اند تمام ابعاد این اختلال را شناسایی، تبیین و کنترل نمایند. لذا در ابتدا این اختلال، براساس طبقه بندی DSM-5 به عنوان الگوی پذیرفته شده از اختلال، ارائه شده و سپس مروری بر الگوهای تبیین گر و مدل های رایج درمانی خواهد شد. طبقه بندی پنجمین ویراست تجدید نظر شده راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (۲۰۱۳) از اختلال افسردگی DSM-5 ملاک هایی برای دوره افسردگی اساسی، جدا از ملاک های تشخیصی برای تشخیص های وابسته به افسردگی ذکر کرده است که در زیر به آنها اشاره می شود: الف- پنج تا (با بیشتر) از علائم زیر در یک دوره دو هفته ای وجود داشته اند و نشان دهنده تغییر از سطح عملکرد قبلی هستند؛ حداقل یکی از علائم یا به صورت (۱) خلق افسرده یا (۲) از دست دادن علاقه و احساس لذت است.

۱. خلق افسرده اکثر مواقع روز، یا با گزارشات ذهنی (مثل احساس غمگینی و پوچی) یا مشاهدات دیگران (مثلاً غمگین و اشکبار بودن)

۲. کاهش قابل ملاحظه علاقه یا احساس لذت نسبت به تمام، یا تقریباً تمام فعالیت ها در قسمت عمده روز، تقریباً هر روز (با توجه به شرح ذهنی بیمار یا مشاهدات دیگران)

۳. کاهش قابل ملاحظه وزن بدن بدون پرهیز یا رژیم غذایی یا افزایش وزن (مثلاً، بیش از ۵ درصد وزن بدن در یک ماه) یا کاهش یا افزایش اشتها تقریباً هر روز

۴. بی خوابی یا پر خوابی تقریباً هر روز

۵. تحریک یا کندی روانی - حرکتی تقریباً هر روز (قابل مشاهده برای دیگران، فقط مربوط به احساس ذهنی کندی یا بی قراری نمی شود)

۶. خستگی یا فقدان انرژی تقریباً هر روز

۷ احساس بی‌ارزشی یا گناه بی‌جا (که ممکن است هذیانی باشد) تقریباً هر روز (فقط شامل خودملامت‌گری و احساس گناه در مورد بیمار بودن نمی‌گردد)

۸. کاهش توانایی تمرکز یا تفکر، یا بلا‌تصمیمی، تقریباً هر روز (به شرح ذهنی بیمار یا مشاهده دیگران)

۹. افکار تکرار شونده مرگ (نه به صورت ترس از مرگ)

افکار انتحاری تکراری بدون نقشه خاص، یا اقدام به خودکشی یا طرح خاص برای خودکشی علائم شامل ملاک‌های دوره مختلط نمی‌گردند.

علائم ناراحتی قابل ملاحظه بالینی یا تخریب در عملکرد اجتماعی، شغلی یا سایر زمینه‌های مهم به وجود می‌آورد. علائم ناشی از تأثیر فیزیولوژیک مستقیم یک ماده (داروی نسخه شده یا مورد سوء مصرف) یا یک اختلال طبی عمومی نمی‌باشد. داغ‌دیدگی توضیح بهتری برای علائم ارائه نمی‌کند، یعنی پس از فقدان فردی محبوب، علائم بیش از دو ماه دوام می‌یابد و یا با تخریب عملکردی بارز، اشتغال ذهنی بیمارگون با بی‌ارزشی، تفکر انتحاری، علائم پسیکوتیک، یا کندی روانی-حرکتی همراه باشد.

الگوها و درمان‌های اختلال افسردگی

الگوی زیستی افسردگی

به اعتقاد الگوی زیستی، افسردگی اختلال بدن است. چهار سرنخ وجود دارد که نشان می‌دهند بدن عمیقاً در افسردگی درگیر است (شویلر، ۱۹۷۴؛ به نقل از روزنهان و سلیگمن، ترجمه سیدمحمدی: ۱۳۸۹).

اولاً افسردگی تا اندازه‌ای بعد از دوره‌های تغییر فیزیولوژیکی طبیعی در زنان رخ می‌دهد؛ بعد از به دنیا آوردن کودک، هنگام یائسگی و درست قبل از قاعدگی.

ثانیاً شباهت قابل ملاحظه‌ای بین نشانه‌ها در فرهنگ، جنسیت، سنین و نژادها حاکی از این فرآیند زیستی زیربنایی است. ثالثاً درمان‌های بدنی، به ویژه داروهای ضد افسردگی سه حلقه‌ای و بازدارنده‌های منوآمینواکسیداز و شوک برقی تشنج‌آور، افسردگی را به طور مؤثری درمان می‌کنند.

بالآخره اینکه گاهی افسردگی به صورت عوارض جانبی داروها در افراد بهنجار ایجاد می‌شود، به ویژه افسردگی می‌تواند به وسیله رزربین ایجاد شود که داروی کاهش‌دهنده فشارخون است. این سرنخ‌ها عامل محرکی برای یافتن مبنای زیستی افسردگی بوده‌اند (روزنهان، سلیگمن، ترجمه سیدمحمدی: ۱۳۸۹).

عوامل ژنتیکی و افسردگی یک قطبی

خویشاوندان درجه یک بیماران افسرده یک قطبی، بین دو تا پنج برابر بیشتر از افراد جامعه بهنجار در معرض خطر افسردگی قرار دارند (کلر، بردسلی، دورر، لاووری، ساموئلسون، و کلرمن، ۱۹۸۶؛ به نقل از روزنهان و سلیگمن، ترجمه سیدمحمدی: ۱۳۸۹). درحالی که شواهد حاکی از آن هستند که افسردگی دو قطبی می‌تواند قویاً ارثی باشد، ولی افسردگی یک قطبی فقط به صورت ضعیف ارثی است. فقط ۲۸ درصد از دوقلوهای یک تخمکی برای افسردگی دوقطبی ناهمخوانند، درحالی که حداقل ۶۰ درصد از دوقلوهای یک تخمکی برای افسردگی یک قطبی ناهمخوان هستند (آلن، ۱۹۷۶؛ به نقل از روزنهان و سلیگمن، ترجمه سیدمحمدی: ۱۳۸۹). شواهد بهتر از بررسی‌های خویشاوندان اختیار شده در برابر خویشاوندان زیستی بیماران افسرده به دست آمده است. خویشاوندان زیستی در مقایسه با خویشاوندان اختیار شده، هشت برابر بیشتر در معرض خطر افسردگی یک قطبی قرار دارند (وندرا، کتی، روزنتال، شولزینگر، اورتمن و لاند، ۱۹۸۶). در مجموع روشن است که داشتن عضو خانواده افسرده، خطر ابتلا به افسردگی را افزایش می‌دهد. بنابراین شواهد ژنتیکی تا اندازه‌ای از رویکرد زیست پزشکی در افسردگی یک‌قطبی حمایت می‌کند. با این حال شواهد دارویی و زیست‌شیمیایی نیرومندترند (روزنهان و سلیگمن، ترجمه سیدمحمدی: ۱۳۸۹).

اساس نوروشیمیایی افسردگی

الگوی زیست‌شیمیایی معتقد است که افسردگی یک اختلال انگیزشی است که بوسیله کمبود آمین‌های بیوژنیک ایجاد می‌شود. آمین‌های بیوژنیک موادهای نوروشیمیایی هستند که انتقال عصبی را تسهیل می‌کنند. آن‌ها به دو گروه یا دو ساختار شیمیایی

مختلف تقسیم می‌شوند: کاته‌کولامین‌ها، که شامل نوراپی‌نفرین، اپی‌نفرین و دوپامین می‌شوند؛ و ایندول‌آمین‌ها، که سروتونین و هیستامین را شامل می‌شوند. نوراپی‌نفرین و سروتونین، دو ناقل عصبی از نوع آمین‌های زیستی هستند که بیشترین دخالت را در پاتوفیزیولوژی اختلالات خلقی دارند. همچنین داده‌ها حاکی از آن است که فعالیت دوپامین ممکن است در افسردگی کاهش یافته باشد. ناقل‌های عصبی اسید آمینه (به خصوص GABA) و پپتیدهای مؤثر بر اعصاب (به خصوص وازوپرسین و مواد افیونی درونزا) در اختلالات خلقی مؤثرند.

استرس شدید زودرس می‌تواند تغییرات پایدار در پاسخ‌های رفتاری و نورواندوکروین (غدد درون‌ریز عصبی) ایجاد کند. افزایش HPA شاه علامت پاسخ استرس بوده و یکی از روشن‌ترین شواهدی است که ارتباط بین افسردگی و بیولوژی استرس را نشان می‌دهد. نقش کورتیزول در استرس مشهود است. هیپرکورتیزولمی (افزایش سطح کورتیزول فوق کلیوی) در افسردگی، بیانگر یک یا چند مورد از آشفتگی‌های مرکزی زیر است:

کاهش سروتونین مهاری، افزایش فعالیت نوراپی‌نفرین، استیل‌کولین یا هورمون کورتیکوتروپین یا کاهش مهار پس‌خوراندی از هیپوکامپ.

دارودرمانی

در درمان اختلال افسردگی، رویکردهای درمانی متفاوتی وجود دارد. در رویکرد روان‌پزشکی، درمان دارویی در خط مقدم درمان این اختلال قرار دارد (پنجمین ویراست تجدید نظر شده راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی؛ ۲۰۱۳).

استفاده از دارودرمانی احتمال بهبود بیمار را ظرف یک ماه آینده دو برابر می‌کند، ظهور اثرات درمانی تمامی داروهای ضد افسردگی بین ۳-۴ هفته طول می‌کشد. انتخاب دارو بایستی متناسب با وضعیت جسمی بیمار، مزاج و سبک زندگی وی و به نحوی که کمترین تداخل را با آن داشته باشد صورت بگیرد (سادوک و سادوک، ترجمه پورافکاری: ۱۳۸۸).

از آنجایی که افسردگی اختلال عودکننده‌ای است، پزشکان توصیه می‌کنند که مصرف دارو برای مدت طولانی ادامه پیدا کند تا از برگشت آن پیشگیری شود، پس متخصصان از دارو به نحوی برای پیشگیری هم استفاده می‌کنند، با این حال در یک تحقیق نشان داده شد که ۲۵ درصد از بیمارانی که در مرحله نگهداری درمان، دارو مصرف می‌کنند باز دوره‌های بازگشت را تجربه می‌کنند (سولومون، لئون، ۲۰۰۵؛ به نقل از روزنهان و سلیگمن، ترجمه سیدمحمدی: ۱۳۸۹).

از سویی هر زمان که بحث استفاده از دارو برای درمان افسردگی به میان می‌آید به طور موازی در مورد تأثیرات جانبی این داروها و اثری که بر بیماران دارد نیز صحبت می‌شود، از جمله خودکشی، و اثر متفاوت آن بر اضطراب همزمان، درد، زمان شروع خواب، و ساختار خواب، احتمال اثرات نامطلوب قطع دارو. همه این عوامل به نوبه خود به نحوی با افزایش خطر خودکشی مرتبط است (فیفر، گنوزی، گن، زیوبین و والننتین، ۲۰۰۹؛ وجینار، ایلگن، وجینار، مککامون، والنستین و بروئر، ۲۰۰۹؛ گن، زیوبین، مک کامون و والننتین، ۲۰۰۸).

بدین منظور، در اغلب موارد درمان افسردگی ترکیبی از دارودرمانی و مشاوره است. اگر چه این درمان مؤثر است، اما بر روی بسیاری از مراجعان اثر موقت دارد (بهرنز و تریل، ۲۰۱۱)، و این در حالی است که محققان نشان داده‌اند که روان‌درمانی هم دارای مقبولیت است و هم درمان مؤثری می‌باشد (وستن و مورسن ۲۰۰۱)، اما مطالعات همچنان نشان می‌دهد که حدود ۵۰٪ از نشانه‌های بهبود یافته به طور معناداری عود می‌کنند (وستن و مورسن، ۲۰۰۱).

در بین این درمان‌ها شناخت‌درمانی از اهمیت بیشتری برخوردار است. شناخت‌درمانی دارای پشتوانه محکمی از مشاهدات بالینی منظم، آزمون‌های تجربی، امکان پژوهش و فرمول‌بندی‌های نظری است که آن را از سایر رویکردهای درمانی متمایز ساخته است (پروچاسکا و نور کراس؛ ترجمه سیدمحمدی: ۱۳۸۶)؛ و پژوهش‌های انجام شده عمدتاً شامل مقایسه دارودرمانی و روان‌درمانگری شناختی-رفتاری است (برید اتکینسون، کوالیتی و بگی، ۲۰۰۶) نتایج تأثیر یکسان هر دو روش و یا برتری رویکرد شناختی-رفتاری را بر درمان افسردگی نشان داد.

تحقیقات نشان می‌دهند که افسردگی به میزان بالایی با اضطراب همبودی دارد و همچنان خط اول درمان برای این بیماری همراه با اضطراب نیز، درمان رفتاری شناختی و مهار کننده انتخابی باز جذب سروتونین است (هولی، ۲۰۱۲). از سوی دیگر نشان

داده شد که روان درمانی یک روش مؤثر برای درمان اضطراب و افسردگی برای بسیاری از افراد است (اتو، اسمیت و ریز، ۲۰۰۴؛ مت، دکر، شوپورز و جانگ، ۲۰۰۷).

درمان با تشنج برقی

چون داروهای ضد افسردگی برای ایجاد بهبود قابل ملاحظه در بیماران معمولاً به ۳ تا ۴ هفته زمان نیاز دارد، در بیماران با افسردگی شدید (مخصوصاً سالخوردهگان) که ممکن است در خطر جدی و فوری خودکشی قرار دارند مورد استفاده قرار می‌گیرد (گیلتین، ۲۰۰۲؛ به نقل از راسخ، ۱۳۹۳).

این درمان برای کسانی که نمی‌توانند دارو مصرف کنند یا در برابر مصرف دارو مقاومت دارند نیز به کار برده می‌شود. در هر صورت در استفاده از این روش بایستی دقت کرد، چون علی‌رغم اینکه در دوره درمانی ۶ تا ۱۲ باری که یک روز در میان اجرا می‌شود نشانه‌ها بهبود کامل پیدا می‌کنند اما این روش دارای عوارض جانبی فوری چون سردرگمی و درجات مختلف از یاد زدودگی گذرا است که گاهی تا چند ماه ادامه می‌یابد.

این روش برای درمان دوره‌های مانیک بسیار پرکاربرد است و درمان با بهبود محسوس ۸۰٪ از بیماران ارتباط دارد، البته دادن داروهای تثبیت‌کننده خلق بعد از ECT برای پیشگیری از بازگشت ضروری است (پاچر، مینکا و هولی، ۱۳۸۹؛ به نقل از راسخ، ۱۳۹۳).

تحریک مغناطیسی از طریق مجسمه

اگر چه درمان زیستی تحریک مغناطیسی از طریق مجسمه برای مدتی در دسترس بوده است، اما اخیراً مورد توجه زیادی قرار گرفته است. TMS، یک روش غیر تهاجمی است که تحریک موضعی مغز در بیمارانی که بیدار هستند را امکان‌پذیر می‌کند. میدان مغناطیسی کوتاه مدت اما شدیدی که فعالیت الکتریکی را در قسمت‌های خاصی از قشر مغز ایجاد می‌کند، وارد می‌شوند (جانیک، ۲۰۰۵؛ به نقل از خدابخشی، ۱۳۹۳). این روش بدون درد است و امکان هزاران تحریک را در هر جلسه فراهم می‌آورد و درمان معمولاً پنج روز در هفته و به مدت ۲ تا ۶ هفته ادامه می‌یابد اگر چه تحقیق درباره اثربخشی این روش ادامه دارد اما در واقع کاملاً قابل مقایسه با ECT و داروهای ضد افسردگی است به علاوه اینکه عملکرد شناختی را تحت تأثیر قرار نمی‌دهد و مشکلات حافظه هم ایجاد نمی‌کند (شولز، فراشباخ، ۲۰۰۵؛ جانیک، ۲۰۰۸؛ به نقل از راسخ، ۱۳۹۳). تحریک عصب واگ

مطالعات نشان می‌دهند که تحریک عصب واگ در بیماران صرعی باعث بهبود خلقشان می‌گردد. این یافته باعث استفاده از یک وسیله الکترونیکی جهت تحریک عصب واگ چپ (VNS) شده است که این وسیله شبیه ضربان سازهای قلب در پوست کار گذاشته می‌شود. مطالعات حاکی از فروکش کردن علائم افسردگی عود کننده در بیماران است اگر چه مکانیسم اثر این روش معلوم نیست (سادوک و سادوک، ترجمه پورافکاری: ۱۳۸۸).

محرومیت خواب

مشخصه اختلالات خلقی، آشفتگی در خواب است و در افراد افسرده ممکن است به صورت پرخوابی یا بی‌خوابی نمایان شود. معمولاً در افراد دچار افسردگی یک قطبی، محرومیت از خواب در ۶۰٪ از موارد افسردگی را کاهش می‌دهد اما این اثر گذرا است و معمولاً نتایج آن تا دوره شبانه بعدی از بین می‌رود. به همین خاطر از محرومیت خواب نسبی برای درمان استفاده می‌کنند، اما حتی این روش هم به مرور زمان اثر خود را از دست می‌دهد (سادوک و سادوک، ترجمه پورافکاری: ۱۳۸۸).

نور درمانی

روش زیستی و غیر دارویی دیگر، این روش در ابتدا برای درمان افسردگی فصلی که در زنان شایع‌تر است ابداع شد اما بعداً نشان داده شد که حتی برای درمان افسردگی غیر فصلی نیز مؤثر است (گلدن و همکاران، ۲۰۰۵؛ به نقل از سادوک و سادوک، ترجمه پورافکاری: ۱۳۸۸).

در این روش بیماران در معرض نور درخشان با شدت ۱۵۰۰ تا ۱۰۰۰۰ لوکس یا بیشتر قرار می‌گیرند که این کار اغلب روزانه ۱ تا ۲ ساعت و قبل از غروب خورشید انجام می‌گیرد اگر چه در بعضی بیماران مواجهه شدن با نور حتی بعد از غروب خورشید نیز مفید بوده است (سادوک و سادوک، ترجمه پورافکاری: ۱۳۸۸).

الگوی روان‌پویشی افسردگی

نظریه‌پردازان روان‌پویشی بر سه علت افسردگی تأکید می‌کنند: خشمی که متوجه خود شده است، وابستگی بیش از اندازه به دیگران برای عزت نفس، و درماندگی در رسیدن به هدف‌ها.

الف- خشم درون‌ریزی شده

روان‌کاوان پیشین، اولین کسانی بودند که در الگوی روان‌پویشی به شناخت افسردگی کمک کردند. کارل آبراهام و زیگموند فروید در مقاله کلاسیک خود به نام «داغداری و مالیخولیا» بر اهمیت خشمی که متوجه خود شده است در ایجاد افسردگی، تأکید کردند (پروچاسکا و نورکراس، ترجمه سیدمحمدی: ۱۳۸۶).

افراد افسرده به ظاهر خالی از خشم به نظر می‌آیند، و این باعث می‌شود که انسان گمان کند خشم آن‌ها در درونشان مهار شده است. از نظر فروید، سرخ اصلی به حالت درونی آن‌ها از تفاوت بین داغدیدگی معمولی (داغداری) و افسردگی (مالیخولیا) به دست می‌آید. افراد بهنجار و افسرده نسبت به از دست دادن فردی که دوست دارند دو واکنش کاملاً متفاوت نشان می‌دهند. دنیا به نظر فردی که عزادار است پوچ به نظر می‌رسد، ولی عزت نفسش تهدید نمی‌شود. فرد عزادار از این ضایعه جان سالم به در می‌برد. در مقابل از دید فروید، فرد افسرده قویاً احساس بی‌ارزشی نموده و خود را سرزنش می‌کند. او احساس بی‌ارزشی و گناه می‌کند و خود را به خاطر ناتوان بودن ملامت می‌کند. به نظر فروید، این انگیزش برای سرزنش خود، از رویدادهای کودکی فرد افسرده ناشی می‌شود. فرد افسرده در دوران کودکی خود عشق شدیدی را پرورش می‌دهد که با سردی فردی دیگر تضعیف می‌شود. از اینکه دل‌سرد شده است، احساس خشم می‌کند. انرژی لیبیدویی نهفته در عشق، آزاد شده ولی به جای اینکه متوجه فردی دیگر شود، من را با فرد از دست رفته همانندسازی می‌کند و خشمی که در اصل نسبت به آن شخص احساس می‌شده اکنون به خود برمی‌گردد. ضایعات و طرد بعدی این ضایعه اولیه را دوباره فعال می‌سازد و به این ترتیب خشم فرد افسرده متوجه فردی می‌شود که اکنون در «من» او ادغام شده است. این گونه متوجه شدن خشم به سوی خود، گام مهمی در ایجاد نشانه‌های عزت نفس کم، سرزنش علنی، نیاز به تنبیه و در موارد بسیار شدید، خودکشی است. افسردگی زمانی پایان می‌یابد که خشم مصرف شده یا از ارزش ضایعه جدید کاسته شده باشد (پروچاسکا و نورکراس، ترجمه سیدمحمدی: ۱۳۸۶).

شخصیت فرد افسرده

از زمان فروید، نظریه‌پردازان روان‌پویشی بر تیپ شخصیتی تأکید کرده‌اند که افراد را به ویژه نسبت به افسردگی آسیب‌پذیر می‌سازد: فرد افسرده برای عزت نفس خود بیش از حد به دیگران وابسته است. او شدیداً نیازمند آن است که لبریز از عشق و تحسین شود. زمانی که او مأیوس می‌شود، نمی‌تواند ناکامی را تحمل کند و حتی ضایعات جزئی حرمت نفس او را به هم می‌ریزند و موجب تلاش‌های فوری و شتاب‌زده برای کاستن از ناراحتی می‌شوند. با این حال، فرد افسرده غیر از دریافت محبت، برای شخصیت واقعی فردی که او را دوست دارد اهمیت چندانی قائل نیست (آریتی و بمپوراد، ۱۹۸۲؛ به نقل از روزنهان و سلیگمن، ترجمه سیدمحمدی: ۱۳۸۹).

درماندگی در دستیابی به اهداف

سومین گرایش در نظریه‌پردازی روان‌پویشی مربوط به افسردگی در اظهار ادوارد بیبرینگ [۲۵] (۱۹۵۳) دیده می‌شود که معتقد است افسردگی زمانی ایجاد می‌شود که من در برابر آرزوهایش احساس درماندگی می‌کند. احساس درماندگی در دستیابی به اهداف عالی من موجب از دست دادن عزت نفس می‌شود که ویژگی اصلی افسردگی است. فردی که مستعد افسردگی است، معیارهای بسیار بالایی دارد و همین باعث می‌شود که آسیب‌پذیری او نسبت به درماندگی، هنگام مواجه شدن با اهدافش، بیشتر شود. از نظر بیبرینگ، ترکیب اهدافی که قویاً با ارزش انگاشته می‌شوند، با آگاهی عمیق من از درماندگی و ناتوانی‌اش در رسیدن به این اهداف، مکانیزم افسردگی است.

د- درمان روان‌پویشی افسردگی

نظریه روان‌پویشی در مجموع به جای تأکید بر ضایعاتی که در کوتاه‌مدت موجب افسردگی می‌شوند، بر آمادگی دراز مدت برای آن تأکید می‌کند. به همین نحو، درمان‌های روان‌پویشی به جای اینکه به تسکین کوتاه‌مدت افسردگی گرایش داشته باشند، به

تغییر درازمدت تمایل دارند. از سه گرایش روان پویشی که به نظریه افسردگی تمایل دارند که بر خشم متوجهی خود شده تأکید می‌کند، می‌کوشند بیمار را از خشم گمراه شده و تعارض‌های اولیه‌ای که موجب آن بوده‌اند آگاه کنند. پذیرفتن خشمی که ضایعه و طرد، آن را ایجاد کرده‌اند و هدایت کردن آن به سوی موضوعات مناسب‌تر، باید از وقوع افسردگی پیشگیری کرده و آن را تسکین دهد. ثانیاً، درمانگران روان پویشی که به وابستگی شدید فرد افسرده به دیگران برای عزت نفس می‌پردازند، سعی می‌کنند به بیمار کمک کنند تا به تعارض‌هایی که همواره او را تشنه محبت و حرمت دیگران می‌کنند، پی برده و آن‌ها را حل کنند. چنین بیماری باید متوجه شود که عزت نفس واقعی از درون ناشی می‌شود. ثالثاً، درمانگرانی که در چارچوب رویکرد درماندگی بیبرینگ کار می‌کنند، می‌کوشند برای خاتمه دادن به افسردگی بیمار او را وادارند تا اهداف خود را دست‌یافتنی بداند، اهداف را به گونه‌ای تغییر دهد که بتوانند تحقق یابند یا کلاً این اهداف را رها کند (پروچاسکا و نورکراس، ترجمه سیدمحمدی: ۱۳۸۶)

الگوهای شناختی افسردگی

دو الگوی شناختی افسردگی، افکار خاص را علت اصلی نشانه‌های فرد افسرده می‌دانند. الگوی اول که آرون‌تی. بک، آن را ساخته است، عمدتاً از تجربه طولانی درمان با بیماران افسرده به دست آمده، و علت افسردگی را افکار منفی نسبت به خود، نسبت به تجربه جاری، و نسبت به آینده می‌داند. الگوی دوم که مارتین ای. سلیگمن آن را به وجود آورد، عمدتاً از آزمایش‌های انجام شده با سگ‌ها، موش‌ها و افراد مبتلا به افسردگی خفیف به دست آمده است و علامت افسردگی را انتظار درماندگی آینده می‌داند. فرد افسرده انتظار وقوع رویدادهای بد را دارد و معتقد است که برای جلوگیری از وقوع آن‌ها کاری نمی‌توان انجام داد (روزنهان و سلیگمن، ترجمه سیدمحمدی: ۱۳۸۹).

الف- نظریه شناختی بک در مورد افسردگی

آرون تی. بک (به همراه آلبرت الیس) درمان جدیدی را بنیاد نهادند که درمان شناختی خوانده می‌شود. از دید بک دو مکانیزم موجب افسردگی می‌شود: سه‌گانان شناختی و خطاهای منطقی.

سه‌گانان شناختی: سه‌گانان شناختی از افکار منفی درباره خود، تجربه جاری و آینده تشکیل می‌شود. افکار منفی درباره خود عبارت است از اعتقاد فرد افسرده به این که او معیوب، به درد نخور و بی‌کفایت است. نشانه‌ی عزت نفس کم از اعتقاد او به اینکه معیوب است، ناشی می‌شود. چون او باور دارد که معیوب است، معتقد است هرگز به خشنودی دست نخواهد یافت. افکار منفی فرد افسرده درباره تجربه شامل تعبیر اوست که آنچه برای او اتفاق می‌افتد ناگوار است. او موانع جزئی را به صورت موانع غیر قابل گذر سوء تعبیر می‌کند. بالاخره اینکه، نگرش منفی فرد افسرده در مورد آینده، نگرش درماندگی است. فرد افسرده باور دارد که وقایع منفی که اکنون برای او اتفاق می‌افتد، به خاطر نقایص شخصی، در آینده نیز ادامه خواهد یافت. خطاهای منطقی: بک باور دارد که خطاهای منظم در منطق، دومین مکانیزم افسردگی است. از دید بک، فرد افسرده مرتکب پنج خطای منطقی متفاوت در تفکر می‌شود و هر یک از آن‌ها تجارب او را تیره می‌کنند: استنباط دلخواه، انتزاع‌گزینی، تعمیم مفرط، بزرگ‌نمایی و کوچک‌نمایی، و شخصی‌سازی (روزنهان و سلیگمن، ترجمه سیدمحمدی: ۱۳۸۹).

ب- درمان شناختی

نظریه افسردگی شناختی بک اعلام می‌دارد که علت افسردگی افکار منفی نسبت به خود، تجربه‌ی جاری، و آینده، و خطاهای منطقی است. درمان شناختی می‌کوشد با این شناخت‌ها مقابله کند (بک، ۱۹۶۷؛ بک، راش، شاو، و امری، ۱۹۷۹؛ به نقل از روزنهان و سلیگمن، ترجمه سیدمحمدی: ۱۳۸۹). هدف آن شناسایی و اصلاح تفکر تحریف شده و فرض‌های کژکار زیربنای افسردگی است (رم، ۱۹۷۷؛ بک، راش، شو و امری، ۱۹۷۹؛ به نقل از روزنهان و سلیگمن، ترجمه سیدمحمدی: ۱۳۸۹). علاوه بر این، به بیمار آموخته می‌شود بر مشکلات غلبه کند و بر موقعیت‌هایی که قبلاً آن‌ها را حل نشدنی می‌انگاشته است فایق آید. درمان شناختی با اغلب شکل‌های دیگر روان‌درمانی فرق دارد. بر خلاف روان‌کاو، درمانگر شناختی فعالانه بیمار را در جهت تجدید سازمان افکار و اعمالش هدایت می‌کند. درمانگر شناختی به مقدار زیاد صحبت می‌کند و رهنمود می‌دهد. او با بیمار بحث می‌کند. او بیمار را قانع می‌کند؛ با چرب‌زبانی او را وادار به انجام کاری می‌کند؛ و وی را هدایت می‌نماید. بک مدعی است که شیوه‌های روان‌کاوی کلاسیک بی‌رهنمود، نظیر تداعی آزاد، باعث می‌شوند که افراد افسرده در «منجلاب تفکر منفی‌شان غرق شوند». درمان

شناختی با تمرکز بر زمان حال نیز با روان‌کاوی فرق دارد. به ندرت درباره مشکلات کودکی بحث می‌شود؛ در عوض، تمرکز اصلی بر افکار و احساس‌های فعلی بیمار است. یکی از مسائلی که روی آن تأکید می‌شود، افسرده نبودن به خاطر خود افسردگی است (تیزدال، ۱۹۸۵؛ به نقل از روزنهان و سلیگمن، ترجمه سیدمحمدی: ۱۳۸۹).

درمان شناختی از شیوه‌های رفتار درمانی نظیر افزایش فعالیت (تقویت کردن فرد افسرده برای شرکت کردن در فعالیت‌های بیشتر)، واگذاری تکلیف درجه‌بندی شده (تقویت کردن فرد افسرده برای برداشتن گام کوچک در هر بار، و به تدریج مشکل‌تر کردن این گام‌ها)، و آموزش مهارت‌های اجتماعی مغایر با نشانه‌های افسردگی، استفاده می‌کند. اما در درمان شناختی، این شیوه‌ها برای تغییر نشانه‌های رفتاری صرفاً وسایلی هستند برای تغییر افکار و فرض‌هایی که علت‌های بنیادی رفتار افسرده انگاشته می‌شوند. بنابراین، برای مثال، درمانگر شناختی باور دارد که آموختن به فرد افسرده برای اینکه قرص و محکم رفتار کند فقط زمانی مؤثر واقع می‌شود که عقیده او را در مورد توانایی‌ها و آینده‌اش تغییر دهد.

بازدارندگی رفتاری

یکی از موضوع‌هایی که امروزه ذهن پژوهشگران حیطه روانشناسی سلامت را به خود مشغول کرده است، رابطه بین ویژگی‌های شخصیتی و ابتلا به بیماری‌های روانی و جسمانی است. برخی از روانشناسان، به این نظر علاقه نشان می‌دهند که شخصیت، مبتنی بر عملکرد دستگاه عصبی است. بر اساس نظریه ی پاولف، فرآیند اساسی بر تمامی فعالیت‌های دستگاه عصبی مرکزی، حاکم است. یکی از این فرآیندها، برانگیختگی و دیگری بازدارندگی است. تمامی محرک‌های درونی و بیرونی که باعث برانگیختگی و بازدارندگی می‌شوند، هر چه بیشتر تکرار شوند در مغز به صورت با ثبات تری در می‌آیند. در انتهای این زنجیره، رفتارهای قالبی پویا پدید می‌آیند که تا اندازه ی زیادی در برابر تغییر، مقاومت نشان می‌دهند. این روند، به ویژگی‌های تثبیت شده‌ای منجر می‌شود که شاید بتوان گفت به عنوان بخشی از شخصیت فرد در می‌آید (بیتا و همکاران، ۱۹۹۷). آنچه در دیدگاه پاولف، از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است و در واقع به عنوان یک اصل و خصوصیت در باب دستگاه عصبی مرکزی انسان و دیگر حیوانات مطرح شده است، توازن میان فرآیندهای تحریکی و بازدارنده است. البته بر اساس مبانی زیستی در انسان و حیوانات، در برخی از موجودات و از جمله انسان یکی از این فرآیندها اغلب بر دیگری تسلط دارد اما پس از پاولف، در واقع آیزنگ (۱۹۹۰) با طرح دیدگاه خود در باب شخصیت، توجه ی ویژه ای به فعال سازی مغزی داشته است.

گری (۱۹۷۲) روانشناس عصب شناختی که رفتار و تجارب ذهنی به ویژه تجارب هیجانی را مورد مطالعه قرار داده است، اظهار داشت که هیجان‌ها، منعکس کننده ی پیش بینی های اکتسابی پیامدهای مطلوب (امید و شادی) یا پیامدهای نامطلوب (اضطراب و ناکامی) هستند و با تغییر ۴۵درجه ای در ابعاد برون گرایی و روان رنجور خوبی آیزنگ، یک الگوی شخصیت و انگیزش دو بعدی بر پایه ی عصب روان شناختی پیشنهاد کرد و آن را الگوی فعال سازی رفتاری (BAS) و بازدارندگی رفتاری (BIS) نامید. BAS اساس نورو فیزیولوژیکی تکانشگری و BIS اساس نورو فیزیولوژیکی اضطراب است. الگوی بازدارندگی رفتاری معتقد است که رشد مناسب بازدارندگی برای عملکرد عادی پنج توانایی عصب- روانشناختی دیگر ضروری است. این پنج توانایی عبارتند از حافظه کاری، خودگردانی هیجانی انگیزه برانگیختگی، گفتار درونی، بازسازی، و ساخت روانی و کنترل حرکتی. چهار کارکرد اول ماهیت هماهنگ سازی دارند زیرا شرایط را برای خودگردانی، کنترل رفتار به وسیله اطلاعات بازنمایی شده درونی، سازمان دهی رفتار در عرض زمان و کنترل اضطراب مهیا می‌کنند. این نوع خودگردانی به جهت دهی و پایداری رفتار برای رسیدن به اهداف آتی و توانایی "چسبیدن مجدد" به کار کمک می‌کند. به همین دلیل، بازدارندگی رفتاری به حافظه کاری، احساس زمان، درونی سازی، خودانگیزشی، خلاقیت رفتاری و به طور کلی به خود کنترلی و کنترل اضطراب متصل است (گری، ۲۰۰۰). شواهد پژوهشی نشان می‌دهند که در دوران نوجوانی سه فرآیند موجود در بازدارندگی رفتاری دارای آسیب هستند: بازدارندگی پاسخ‌های غالب، توقف پاسخ‌های جاری و کنترل تداخل. هنگامی که الگوی بارکلی (۱۹۹۷) را بررسی می‌کنیم، متوجه می‌شویم که این الگو می‌تواند مشکلات موجود در نوجوانان را پیش بینی کرده و رابطه یافته‌های عصب - شناختی و روان شناسی رشد را نیز در آنها تفسیر و تبیین کند. بنابراین، ملاحظه می‌شود که آشفتگی در کارکردهای اجرایی باعث می‌شود

که نوجوانان در ساخت روانی و کنترل حرکتی یا به تعبیر دیگر کنترل رفتار حرکتی از راه اطلاعات بازنمایی شده روانی مشکل داشته باشند. همچنین وی اظهار کرده است که الگوی بازداری رفتاری به پژوهش های بیشتری احتیاج دارد. در همین راستا، بررسی های مروری انجام شده پیرامون الگوی بازداری رفتاری و خودگردانی نشان از آن دارد که الگوی بارکلی با وجود نقاط قوت دارای برخی نقاط ضعف است. بارکلی در سال های اخیر بر خودکنترلی و سرانجام الگوی بازداری رفتاری و کارکردهای آن تاکید بیشتری کرده است.

همچنین لانگشور و همکاران (۱۹۹۶، به نقل از شاهنده و آقاییوسفی، ۱۳۹۱) دریافتند که خودکنترلی در افراد می تواند به عنوان یک عامل پیشگیری کننده برای کاهش اضطراب آنان باشد. خودکنترلی می تواند به فرد کمک کند تا زندگی بهتری داشته باشند و از جمله فواید کنترل خود و تنظیم هیجانات کنترل سطوح برانگیختگی برای به حداکثر رساندن عملکرد، پشتکار داشتن، به رغم دلسردی و وسوسه، جلوگیری از واکنش مخرب در مقابل تحریک و عملکرد صحیح به رغم فشارهای وارده می باشد. ناتوانی در تنظیم هیجان حاصل از مخالفت های اجتماعی و ترس از این گونه مخالفت ها گاهی آنقدر شدید است که بر تلاشهای فرد برای انجام عمل صحیح چیره می شود.

گری و همکاران (۲۰۰۰) مطرح می کند که میزان و غلبه این سیستم ها در افراد مختلف متفاوت است و این امر زیربنای تفاوت های شخصیتی و در مواردی بیماری های روانی در افراد است. پژوهش های انجام شده در زمینه سیستم های مغزی رفتاری نشان داده است که فعالیت سیستم بازداری رفتاری با روان نژندی و عاطفه منفی رابطه مثبت و با برون گرایی رابطه منفی دارد و فعالیت سیستم فعال ساز رفتاری با روان نژندی و عاطفه منفی رابطه منفی و با برون گرایی رابطه مثبت دارد.

دو سیستم بازداری و فعال ساز رفتاری بخشی از اساس نوروبیولوژیکال رفتار و عاطفه هستند و اساس انگیزشی پایه ای برای تفاوت های فردی در رفتار، خلق و عاطفه فراهم می سازد (اسمیت و بک، ۲۰۰۶؛ چنگ و همکاران، ۲۰۰۷). صفات انعکاس دهنده سیستم فعال ساز صفات تکانشوری و صفات انعکاس دهنده سیستم بازداری صفات اضطرابی هستند (کارور و وایت، ۱۹۹۴). سیستم فعال ساز به نشانه های پاداش بدون تنبیه و فرار از تنبیه حساس است و سیستم فعال ساز با عواطف مثبت و هیجان های مثبت (مثل امید، سرخوشی و شادکامی) رابطه دارد (هپونیمی و همکاران، ۲۰۰۳؛ هرمون - جونز، ۲۰۰۳). در مقابل سیستم بازداری باعث بازداری رفتار و افزایش سطوح برانگیختگی و توجه می شود. این سیستم به علایم تنبیه، فقدان پاداش و تازگی حساس است و با هیجان ها و عواطف منفی مثل ترس، ناکامی، اضطراب و غمگینی رابطه دارد (هپونیمی و همکاران، ۲۰۰۳).

بررسی های انجام شده در مورد سیستم های مغزی رفتاری می تواند پیش بینی کننده ی خوبی برای گرایش افراد به رفتارهای پر خطر باشد و از طرفی دیگر شناسایی و درمان اختلالات روانشناختی همچون افسردگی و اضطراب می تواند از تمایل آنها به مصرف مواد جلوگیری کند. خوشبختانه در طول چند دهه ی اخیر، نابهنجاری های رفتاری در مدل های حیوانی همچون نظریه ی جفری گری، مدل سازی شده و این مدل سازی های حیوانی این امکان را میسر نموده است تا پایه های عصب زیست شناختی فرآیند های رفتاری در کودکان، مورد بررسی قرار گیرد. از طرفی بخش قابل توجهی از آسیب شناسی روانی کودکان و بزرگسالان به نارسایی در خودکنترلی مربوط می شود. روانپزشکان فردی را از نظر روانی سالم می دانند که تعادل بین رفتارها و کنترل خود در مواجهه با مشکلات اجتماعی را داشته باشد. خودکنترلی و خودتاب آوری از منابع درون فردی هستند که می توانند سطوح استرس و ناتوانی را در شرایط ناگوار تعدیل نمایند و اثرات منفی استرس را کم رنگ تر جلوه دهند. یکی از مهمترین مهارت ها که مشخصه سلامت و بهزیستی روانی افراد است، برخورداری آنها از صفت خودکنترلی است. افرادی که می توانند هدف های واقع گرایانه را اولویت بندی کنند و در زمان تصمیم گیری میان عواطف و عقل تعادل برقرار کنند، خود کنترل هستند (آقاییار و شریفی درآمدی، ۱۳۸۵). خود کنترلی بیانگر میزان مطابقت ویژگی های رفتاری خود با شرایط و موقعیت موجود است (کرپتنر و کینیکی، ۲۰۰۷).

نارسایی خودکنترلی با مفهوم تکانشگری رابطه دارد و نشانگر ناتوانی در تفکر در مورد پیامد رفتار است. عمل بر اساس خشنودی آنی به رفتار بدون پیش بینی منجر می شود. افراد وقتی خودکنترلی را به کار می گیرند که بخواهند به هدف بلند مدتی دست

بیابند. برای این منظور فرد باید از لذت غذا، دارو، تحریک حسی، پول خرج کردن، بیدار ماندن یا خوابیدن چشم پوشی کنند. این کار را از راه مهار وسوسه های دروغ گفتن، فرار از قولی که داده اند و نیز آرام ساختن خود به علت ناکامی به دست آمده، انجام می دهند. در بسیاری از موقعیت های بفرنج و دو گانه که فرد باید دست به انتخاب بزند، باید از خودکنترلی استفاده کند. خودکنترلی هسته ی اصلی بسیاری از مشکلات کودکان و بزرگسالان است. وقتی خودکنترلی را به شکل به تاخیر انداختن خشنودی تعریف کنیم خواهیم دید که بسیاری از مشکلات ریشه در همین نارسایی دارند. برای مثال، در اعتیاد به مواد مخدر، خشنودی مصرف با اهداف بلندمدت ترک مواد، میل به قماربازی و فواید درازمدت ترک آن برای خود فرد و خانواده تداخل می کند.

بازداری رفتار به معنای میزان حساسیت مورد انتظار نسبت به اضطراب، در زمانی است که فرد تحت تاثیر نشانه های تنبیه قرار گیرد (مثلاً وقتی احساس می کنیم کاری را ناقص انجام داده ایم، احساس نگرانی می کنیم). ساختار اصلی مغز که بنای سیستم بازداری رفتاری است، مدار سپتوهیپوکامپ، بخشی از دستگاه کناری است که فعالیت چندین ساختار لیمبیک از جمله ناحیه جدار، هیپوکامپ، هسته اکومینس، شکنج کمربندی، طاق (فورنیکس)، تالاموس، هیپوتالاموس و اجسام پستانی را شامل می شود. در حالیکه مدار سپتوهیپوکامپ مدار لیمبیک است که ارتباط با قشر مخ را نیز شامل می شود (کارور و وایت، ۱۹۹۴). سیستم بازداری رفتاری (BIS) حاصل فعالیت مسیرهای آوران نوروآدرنژیک و سروتونیرژیک است. نوروآناطومی سیستم تنبیه رفتاری در نظام جدار هیپوکامپی، ساقه مغز، مدار پایز و کرتکس حدقه ای پیشانی قرار دارد (هوینگ و همکاران، ۲۰۰۶).

دو مؤلفه ی این سیستم شامل، اجتناب منفعل (اجتناب از تنبیه از طریق عدم فعالیت یا تسلیم) و خاموشی (متوقف شدن رفتارهایی که پاداشی در پی ندارد) می باشد (ویلسون و همکاران، ۱۹۹۰). فرض بر این است که این ساختارها موجب فراخوانی حالات عاطفی اضطراب، بازداری رفتاری، اجتناب منفعل، خاموشی و تجربه عواطف منفی می شوند و با نظام هایی که اضطراب در آن نقش دارند، همپوشی دارد. در نتیجه، سیستم بازداری رفتاری فعال با احساس اضطراب، نگرانی و نشخوار فکری مطابقت دارد.

گری و مک نوتون (۲۰۰۰) استدلال می کنند که این مکانیزم مغزی تجربه اضطراب در پاسخ به محرکهای اضطراب آور را کنترل می کند. سیستم بازداری رفتاری، طبق گفته گری، نسبت به سیگنال های مجازات، تنبیه و موقعیت های جدید حساس است و رفتار را از انجام کارهای منتج به نتایج منفی و دردآور باز می دارد. بنابراین، فعال سازی سیستم بازداری رفتاری نقش بازداری حرکت به سوی اهداف را بر عهده دارد. گری همچنین معتقد است که سیستم بازداری رفتاری مسئول تجربه احساسات منفی همچون ترس، اضطراب، ناامیدی و ناراحتی نسبت به این گونه محرک ها است. در مورد تفاوت های شخصی افراد، حساسیت زیاد سیستم بازداری رفتاری در تمایل زیاد به اضطراب انعکاس می یابد به شرطی که فرد در معرض محرک های موقعیتی درست قرار گرفته باشد. به علاوه، افراد دارای سیستم بازداری رفتاری واکنشی احتمالاً تمایل زیادی دارند خود را از رفتار همراه با احساسات همچون اضطراب و ناامیدی دور کنند (کارور و وایت، ۱۹۹۴).

بنابراین، فرضیه بدین قرار است که حساسیت بالای سیستم بازداری رفتاری ممکن است به عدم استفاده از دارو و رفتار ریسک ناپذیر مربوط باشد زیرا استفاده از دارو ممکن است نتیجه منفی در پی داشته و افراد از این رفتار خود دست بکشند. گرچه تحقیقات مربوط به نقش حساسیت سیستم بازداری رفتاری در رفتار استفاده از دارو مبهم باقی مانده است، ولی برخی مطالعات از وجود یک رابطه منفی بین مشکلات استفاده از دارو و حساسیت سیستم بازداری رفتاری گزارش می دهند. برخی دیگر حاکی از ارتباط بین مشکلات استفاده از دارو با حساسیت بالای سیستم بازداری رفتاری هستند و در برخی مطالعات نیز به وجود هیچ نوع رابطه اساسی بین این دو پی برده نشده است. بدیهی است که تحقیق زیادی لازم است تا رابطه این دو را هم در نمونه های کل جامعه و هم بین جمعیت مصرف کنندگان دارو بررسی کرد.

گری و مک نوتون (۲۰۰۰) معتقدند حساسیت سیستم بازداری رفتاری، پیشگویی کننده استرس های هیجانی منفی شخص در موقعیت های پر استرس، بدون توجه به طبیعت استرس زها می باشد و همچنین به نظر می رسد بازداری رفتاری پیشگویی کننده

رفتار شخص در کنار آمدن نافع و ضعیف باشد. مطالعات متعدد ارتباط این سیستم را با عواطف منفی نشان داده اند (بوچاین، ۲۰۰۱؛ مایر و همکاران، ۲۰۰۵).

سیستم بازداری رفتاری (BIS) برای سازماندهی رفتارها در پاسخ به محرکی که با رویدادهای انزجاری شرطی شده علامت می دهد، مسئول است. به صورت اختصاصی تر این سیستم با محرک مربوط به تنبیه و یا محرکی که پاداشی ندارد و یا پاداش آن در حال اتمام است (بدون پاداش) و همچنین محرکی که تازگی زیادی دارد، و یا محرکات بسیار شدید و نیز محرکی که به صورت ذاتی ترس آور است (مانند خون، مار و ...) مرتبط است. این محرکات منجر به بازداری رفتار (ایجاد وقفه در هر نوع رفتار خروجی)، افزایش سطح برانگیختگی (تا رفتار بعدی با قدرت و سرعت بیشتری انجام گیرد) و افزایش در توجه (جهت اینکه اطلاعات بیشتری دریافت شود)، می گردد (گری، ۱۹۷۲). این سیستم حاصل فعالیت مسیرهای آوران، نورآدرنژیک و سروتونینرژیک است. نورواناتومی سیستم تنبیه رفتاری در نظام جداری هیپوکامپی، ساقه مغز، مدار پایز و کرتکس حلقه ای پیشنهادی قرار دارد (حسینی و همکاران، ۱۳۸۶).

گری و مگ نوتون (۲۰۰۰) در بازنگری های خود یک سیستم جدید معرفی کردند با نام سیستم جنگ و گریز (FFS)، که نه تنها شامل واکنش جنگ و گریز است، بلکه واکنش های انجمادی را در بر دارد که در ارائه ی محرک تهدید کننده غیر قابل اجتناب اتفاق می افتد، به این دلیل این سیستم به جنگ و گریز انجماد (FFFS)، تغییر نام داد. همچنین فرض می شود که واکنش ها را در برابر تمام حرکات منفی و انزجاری شرطی و غیر شرطی تعدیل می کند. FFFS همچنین نقش سیستم تنبیهی را اتخاذ می کند که در نظریه اصلی حساسیت به تقویت (RST) به سیستم BIS نسبت داده می شد. در نهایت، سیستم BIS دیگر واسط واکنش به محرکات انزجاری شرطی شده نیست، بلکه نقش تصمیم گیرنده را در شرایطی که عموماً با اهداف متعارض رو به رو هستیم نیز بر عهده دارد (بیت بیر و همکاران، ۲۰۰۹).

اهداف متعارض می توان در شرایطی که هم شامل پاداش و هم شامل تهدید است، ظاهر شود (زمانی که هر دو سیستم FFFS و BAS فعال شده اند). اگر پاداش بر تهدید برتری داشته باشد، سیستم BIS تعارض را با بکارگیری BAS و بازداری FFFS حل خواهد کرد که نتیجه، رفتار نزدیکی خواهد بود. اگر تهدید بر پاداش برتری داشته باشد، BIS سیستم FFFS را فعال خواهد کرد و BAS را بازداری می کند و نتیجه، اجتناب خواهد بود. شرایط تعارضی محدود به تعارض های نزدیکی - اجتناب نمی شود، تعارض نزدیکی - نزدیکی (جایی که اثر تشویقی یک محرک نسبت دیگری کمتر است، و در نتیجه خنثی است) و تعارض اجتناب - اجتناب (جایی که یک محرک نسبت به دیگری اثر تنبیهی کمتری داشته باشد، و در نتیجه تسلی بخش است) نیز امکان پذیر است. در برخی موارد، BIS تعارض ها را با تغییر ارزش محرک ها بر طرف می کند تا رفتار را در جهت یکی از محرکات نزدیکی یا اجتنابی فعال کند (همان منبع).

پیامدهای فعالیت نظام بازداری رفتاری (BIS) عبارت از اختلال در رفتار فعلی، خلق منفی، سوگیری توجه به سمت منابع تعارض و افزایش برانگیختگی است. این پیامدها موجب می شود تا فرد با اجتناب از منبع تهدید، تعارض خویش را حل کند. همچنین حساسیت نسبت به محرک های آزارنده به عنوان یک عامل خطر ساز در قلمرو آسیب شناسی روانی، به ویژه اضطراب، مفهوم سازی شده است (روسبرتو همکاران، ۲۰۰۰). البته باید دقت داشته باشیم که حساسیت بازداری رفتاری متمایز از خصیصه اضطراب است، زیرا بازداری رفتاری شامل گرایش به پاسخ دهی اضطراب آمیز در رویارویی با رویدادهای تنیدگی زا می باشد؛ در حالی که خصیصه اضطراب با تجربه سطوح بالای اضطراب تعمیم یافته به رویدادهای روزانه مشخص می شود. فردی که دارای در قلمرو روانشناسی تحولی، بازداری رفتاری نوعی گرایش در برخی کودکان است که موجب اختلال در رفتار جاری وی شده، کودک در هنگام مواجهه با افراد یا موقعیت های نا آشنا با خودداری و کناره گیری واکنش نشان می دهد (کاجن و همکاران، ۱۹۸۷).

بیان مساله

بررسی تاثیر افسردگی در بازداری رفتاری دانش آموزان متوسطه اول منطقه نصرت آباد

فرضیه

افسردگی و مولفه های آن در افزایش بازدارندگی رفتاری رابطه معنی داری دارند.

روش های تحقیق:

در این پژوهش بازداری رفتاری گلدستون و پارکر (AMBI) و پرسشنامه درجات افسردگی بک در بین ۱۰۰ نفر دانش آموز پسر متوسطه اول منطقه نصرت آباد توزیع و تکمیل شد و نتایج پرسشنامه استخراج گردید. نتایج بدست آمده در نرم افزار تحلیلی spss 26 مورد ارزیابی و تحلیل قرار گرفت.

ابزار سنجش

۱- مقیاس بازداری رفتاری گلدستون و پارکر (AMBI)

معرفی پرسشنامه:

مقیاس بازداری رفتاری بزرگسالان یک ابزار تحقیقی ۱۶ ماده ای است که به منظور اندازه گیری گزارش ذهنی از صفت بازداری کنونی تهیه شده است و هدف آن اندازه گیری رفتارهای بازداری کودک (قبل از ۱۳ سالگی) در بزرگسالان است.

تعریف مفهومی:

بازداری رفتاری به عنوان یک مولفه سرشتی اغلب به عنوان یک عامل آسیب پذیری برای رشد اضطراب ذکر شده است (گلدستون و پارکر، ۲۰۰۵). این ضعف سرشتی یک الگوی نسبتاً ثابت رفتاری و پاسخ های هیجانی به افراد نا آشنا و موقعیت های جدید است. افراد بازدارنده معمولاً نسبت به موقعیت ها و اشیاء جدید احتیاط و کناره گیری می کنند و اغلب با افراد نا آشنا به صورت بیمناک و خجالتی رفتار می کنند. بازداری رفتاری سطوح تداوم متوسط تا زیاد در طول دوران کودکی را نشان می دهد و تا حدی نیز با جنبه های مختلف شخصیت بزرگسالی در ارتباط است (موریس پراکل، ۲۰۱۱). بیدرمن و همکاران (۱۹۹۵) پیشنهاد داده اند که داشتن تاریخچه بازداری رفتاری در دوران کودکی و ترکیب آن با تاریخچه خانوادگی آسیب شناسی اضطراب، خطر اختلال های اضطرابی را افزایش می دهد (گودوین، ۲۰۰۴).

نمره گذاری پرسشنامه:

این پرسشنامه دارای ۱۶ سوال بوده و هدف آن اندازه گیری رفتارهای بازداری کودک (قبل از ۱۳ سالگی) در بزرگسالان است. طیف پاسخگویی آن از نوع سه گزینه ای بوده که امتیاز مربوط به هر گزینه در جدول زیر ارائه گردیده است:

گزینه	خیر	کم	گاهی	زیاد	بله اغلب
	به ندرت				اوقات
امتیاز	۰	۱	۲	۳	۴

اما این شیوه نمره گذاری در مورد سوالات شماره ۴، ۶، ۹، ۱۳، ۱۵ و ۱۶ معکوس شده و به صورت زیر در خواهد آمد:

گزینه	خیر	کم	گاهی	زیاد	بله اغلب
	به ندرت				اوقات
امتیاز	۴	۳	۲	۱	۰

تحلیل (تفسیر) بر اساس میزان نمره پرسشنامه

بر اساس این روش از تحلیل شما نمره‌های به دست آمده را جمع کرده و سپس بر اساس جدول زیر قضاوت کنید. توجه داشته باشید میزان امتیاز های زیر برای یک پرسشنامه است در صورتی که به طور مثال شما ۱۰ پرسشنامه داشته باشید باید امتیاز های زیر را ضربدر ۱۰ کنید

مثال: حد پایین نمرات پرسشنامه به طریق زیر بدست آمده است

تعداد سوالات پرسشنامه * ۱ = حد پایین نمره

حد پایین نمره	حد متوسط نمرات	حد بالای نمرات
۰	۳۲	۶۴

برای بدست آوردن امتیاز کلی پرسشنامه، مجموع امتیازات همه سوالات را با هم جمع کنید. این امتیاز دامنه ای از ۰ تا ۶۴ را خواهد داشت. دقت داشته باشید که نمرات بالاتر در این مقیاس نشان دهنده رفتارهای بازداری کودک بیشتر در فرد پاسخ دهنده خواهد بود و برعکس

امتیازات خود را از ۱۶ عبارت فوق با یکدیگر جمع نمایید. حداقل امتیاز ممکن ۰ و حداکثر ۶۴ خواهد بود.

نمره بین ۰ تا ۲۱ بیانگر رفتارهای بازداری کودک در حد پایین است.

نمره بین ۲۱ تا ۳۲ بیانگر رفتارهای بازداری کودک در حد متوسط است.

نمره بالاتر از ۳۲ بیانگر رفتارهای بازداری کودک در حد بالا می باشد.

روایی و پایایی:

در مطالعه محمدی (۱۳۸۶) پایایی آزمون - بازآزمون نیز با فاصله ۲ هفته همبستگی ۰/۷۱ را نشان داد. همسانی درونی با استفاده از آلفای کرونباخ برای نمره کل برابر ۰/۷۴ بود.

همچنین در مطالعه داوودی و همکاران (۱۳۹۳) ضریب پایایی با استفاده از آلفای کرونباخ برای نمره کل ۰/۸۷ به دست آمد. همچنین بررسی روایی سازه از طریق همبستگی بین مقیاس بازداری رفتاری بزرگسالان و مقیاس گذشته نگر ۰/۶۲ بدست آمد.

۲- درجات افسردگی بر اساس پرسشنامه افسردگی بک

از هنگام تدوین BDI تاکنون، ارزیابی های بسیاری توسط محققان و پژوهشگران در مورد آن صورت گرفته است.

گلدمن و متکاف در سال ۱۹۶۵ به منظور دست یابی به میزان افتراقی افسردگی در میان دو گروه افسرده و سالم به این نتیجه دست یافتند که عدد ۱۷، عدد مناسب افتراق در بین این گروه است.

همچنین متکاف برای میزان همبستگی پرسش های بالینی روان پزشکی و پرسش نامه بک به یک نتیجه همبستگی در سطح بالا رسید.

میزان افسردگی	جمع امتیازات
سالم (فاقد افسردگی)	۱-۱۰
افسردگی خفیف	۱۱-۱۶
نیازمند مشورت با روان پزشک	۱۷-۲۰
نسبتاً افسرده	۲۱-۳۰
افسردگی بالینی (شدید)	۳۱-۴۰
افسردگی بیش از حد	بیشتر از ۴۰

اعتبار و روایی:

می و همکاران ۱۹۶۹ تأکید کردند که این آزمون از نظر تشخیص دارای روایی بوده و قادر به پیش بینی است.

بک، استیر و گاربین (۱۹۸۸)، در یک تحلیل سطح بالا از کوشش های مختلف برای تعیین همسانی درونی، ضرایب $0/73$ تا $0/92$ با میانگین $0/86$ را به دست آوردند.

ارزشیابی روایی محتوایی، سازه و افتراقی و نیز تحلیل عاملی عموماً نتایج مطلوبی داشته اند. محتوای ماده های BDI با هم فکری و هم رأی متخصصان بالینی در مورد نشانه های مرضی بیماران افسرده تدوین شده و شش مورد از نه مقوله DSM III برای تشخیص افسردگی نیز در آن گنجانیده شده است (بک و همکاران، ۱۹۶۱).

روایی همزمان با درجه بندیهای بالینی برای بیماران روان پزشکی نشانگر ضرایب همبستگی از متوسط تا بالا و $r = 72 \text{ Mdn}$ $0/96 - 0/55$ است (بک و همکاران، ۱۹۸۸).

همبستگی این آزمون با مقیاس درجه بندی همیلتون برای افسردگی ($0/73$)، مقیاس خودسنجی افسردگی زونگ ($0/76$)، و مقیاس افسردگی MMPI ($0/76$) به دست آمده است (بک و همکاران، ۱۹۸۸).

استیر، بک، براون و برچیک (۱۹۸۷) گزارش کردند که افراد مبتلا به افسردگی عمده در مقایسه با افراد مبتلا به افسرده خویی نمره های نسبتاً بالایی در این آزمون می گیرند. در حالی که دیلی، پیکات، لمپیر، و میروز (۱۹۶۳) نتوانستند تفاوتی بین افسردگی درون زاد، افسردگی رجعتی و افسردگی روان زاد پیدا کنند.

از این آزمون حتی برای افراد تنها (گلد، ۱۹۸۲)، تحت فشار روانی (هامن و میول، ۱۹۸۲) و کسانی که درباره اضطراب خود گزارش داده اند (بیکر و حساب، ۱۹۸۰) استفاده شده است.

نتیجه گیری

جدول ۱ نتیجه آزمون همبستگی پیرسون بین درگیری افسردگی و بازداری رفتاری

متغیر	افسردگی	
	ضریب پیرسون	سطح معناداری
بازداری رفتاری	$.89^{**}$	0.0000
معناداری در سطح $0/01^{**}$	اطمینان 99%	

جدول ۱، نتیجه آزمون همبستگی پیرسون را بین بازداری رفتاری و افسردگی نشان می دهد. براساس اطلاعات جدول فوق؛ رابطه بین افسردگی با بازداری رفتاری ($s = .89$ ، $r = .00$ ، $p < 0/05$) معنادار است. توجه به ضریب همبستگی، نشان دهنده رابطه مثبت بین دو متغیر است بدان معنا که با افزایش افسردگی، بر میزان بازداری رفتاری دانش آموزان نیز افزوده می شود.

جدول ۷ نتیجه تحلیل رگرسیون همزمان بین بازداری رفتاری با و افسردگی

Model Summary				
مدل	R	R^2 مجبور	تعدیل شده R^2 مجبور	خطای معیار
	.400	.160	.153	3,788.02
ANOVA				

مدل	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	Sig
رگرسیون	۶۴۲,۲۷۸	۲	۳۲۱,۱۳۹	۲۲,۳۸۰	.۰۰۰
باقیمانده	۳۳۷۲,۰۴۶	۱۳۱	۱۴,۳۴۹		
کل	۴۰۱۴,۳۲۴	۱۳۳			
Coefficients					
متغیر	ضریب غیراستاندارد		ضریب استاندارد	T	Sig
	α	B	Beta		
افسردگی	۳۱,۹۷۳	.۲۰۶	.۰۳۱	۶,۶۷۷	.۰۰۰

جدول ۷، نتیجه تحلیل رگرسیون همزمان را بین افسردگی با بازداری رفتاری نشان می دهد. براساس اطلاعات جدول فوق؛ در مجموع ۱۵ درصد از تغییرات خودکارآمدی را تبیین می نمایند .

منابع

- ابطحی ، حسین. (۱۳۸۶). مدیریت منابع انسانی. تهران: موسسه تحقیقات و آموزش مدیریت.
- استونر، جیمز. و فریمن ، ادوارد. (۱۳۷۵). مدیریت رفتار سازمانی (جلد سوم: رهبری و کنترل). (ترجمه سید محمد اعرابی و علی پارسائیان). تهران: مؤسسه مطالعات و پژوهشهای بازرگانی. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۱۹۹۶).
- آقایار، سیروس. و شریعتی درآمدی، پرویز. (۱۳۸۵). هوش هیجانی سازمانی: کاربر و هوش هیجانی در محیط کار، یادگیری، ارتباطات، انگیزش، رهبری سازمانی و بیماریهای روانی. اصفهان: سپاهان.
- بشیریان، سعید. حیدرنیا، علیرضا. وردی پور، حبیباله. و حاجی زاده، ابراهیم. (۱۳۹۱). بررسی رابطه خود کنترلی با تمایل نوجوانان به مصرف مواد مخدر. مجله علمی دانشکده پرستاری و مامایی همدان، دوره ۲۰، شماره ۱.
- بلاغت، سید رضا. هاشمی، سید احمد. خزاعی، زری. و محمودوند، محمد. (۱۳۹۲). بررسی رابطه بین خود کنترلی با تعهد سازمانی معلمان ابتدایی شهر زاهدان. نوآوری های مدیریت آموزشی، سال هشتم، شماره ۳.
- بهرامی خوندایی، فاطمه. (۱۳۸۳). بررسی رابطه بین خود کنترلی و کیفیت زندگی در بین دانشجویان دختر و پسر دانشگاه اصفهان. دومین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان.
- بیابانگرد، اسماعیل. (۱۳۸۴). روانشناسی تربیتی آموزش و یادگیری. تهران: نشر ویرایش.
- پینتریچ، پال آر. و شانک، دیل اچ. (۱۳۸۶). انگیزش در تعلیم و تربیت (نظریه ها، تحقیقات و راهبردها). (ترجمه مهناز شهرآرای). تهران: انتشارات علم. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۰۲).
- حبیبی، زهره. خسرو جاوید، مهناز. و حسین خانزاده، عباسعلی. (۱۳۹۳). اثربخشی آموزش هوش هیجانی بر راهبردهای مقابله با تنیدگی در افراد با آسیب بینایی. پرستاری و مامایی جامع نگر، سال ۲۴، شماره ۷.

حسینی، جعفر. بیگدلی، ایمان‌اله. و قوشچیان، سمانه. (۱۳۸۶). مقایسه فعالیت سیستم‌های مغزی بازداری / فعال سازی رفتاری بیماران مبتلا به اختلال وسواس و افراد بهنجار. تازه‌های علوم شناختی، ۹ (۴).

خدایاری فرد، محمد. شهابی، روح‌الله. و اکبری زردخانه، سعید. (۱۳۸۸). رابطه دینداری و خودکنترلی پایین با استعداد سوء مصرف مواد در دانشجویان. فصلنامه رفاه اجتماعی، دوره نهم، شماره ۳۴.

ذوالجناحی، اهداء. و وفایی، مریم. (۱۳۸۵). رابطه بین تیپ شخصیت D با سیستم‌های بازداری رفتاری و فعال ساز رفتاری. فصلنامه علمی - پژوهشی دانشگاه تبریز، سال اول، شماره ۲ و ۳.

رضائیان، علی. (۱۳۶۹). اصول مدیریت. تهران: انتشارات سمت.

زائرین، سکینه. (۱۳۸۶). آموزش مدیریت زمان بر کاهش سهل انگاری کارکنان آموزش و پرورش. پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره شغلی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه علامه طباطبایی.

سیف، علی اکبر. (۱۳۸۴). روان شناسی پرورشی. تهران: انتشارات آگاه.

سیمپاریان، کوثر. سیمپاریان، قاسم. و ابراهیمی قوام، صغری. (۱۳۹۰). بررسی اثربخشی آموزش خودکنترلی بر کاهش سهل انگاری نوجوانان دختر پایه دوم متوسطه شهر تهران. پژوهش‌های روانشناسی اجتماعی، دوره ۱، شماره ۳.

شاهنده، مریم. و آقاییوسفی، علیرضا. (۱۳۹۱). مقایسه سیستم‌های مغزی بازداری / فعال سازی رفتاری و منبع کنترل دانشجویان دختر و پسر. فصلنامه روانشناسی کاربردی، سال ششم، شماره ۳.

شولتز، دوان پی. و شولتز، سیدنی. (۱۳۸۴). نظریه‌های شخصیت. (ترجمه یحیی سیدمحمدی). تهران: انتشارات هما. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۰۴).

صالحی، محمد. نیازآذری، کیومرث. و کاشف، حسنا. (۱۳۹۱). بررسی راهکارهای نهادینه سازی وجدان کاری و فرهنگ خود کنترلی در کارکنان واحدهای دانشگاهی (مورد مطالعه: کارکنان واحدهای دانشگاه آزاد اسلامی استان مازندران). مجله مدیریت فرهنگی، سال پنجم، شماره ۱۴.

صفری دهخوارقانی، نسرین. (۱۳۸۷). مقایسه اثربخشی شیوه کنترل تکانه پارکینسون و آموزش خودکنترلی بر کاهش تکانشوری نوجوانان دختر شهر تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه علامه طباطبایی.

عبداللهی مجارشین، رضا. (۱۳۸۵). رابطه سیستم‌های بازداری و فعال سازی با سوگیری حافظه ناآشکار در افراد افسرده. پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه تبریز.

عبدی، رضا. بخشی پور، عباس. علیلو، مجیدمحمد. (۱۳۹۰). بررسی رابطه میزان حساسیت بازداری رفتاری در میزان اضطراب افراد سوء مصرف مواد و سالم شهر تهران. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، شماره ۶۶، ص ۲۴۱.

علیپور، محمد. پورمحمد رضای تجریشی، معصومه. و داورمنش، عباس. (۱۳۹۰). مقایسه اثربخشی روش‌های آموزشی نقشه مفهومی و سخنرانی بر پیشرفت درس مهارت‌های اجتماعی - اقتصادی دانش آموزان کم توان ذهنی. فصلنامه پژوهش‌های نوین روان شناختی، دوره ششم، شماره ۲۴.

- علیمرادی، عبدلطیف، هوشیار، سمانه. و مدرس غروی، مرتضی. (۱۳۹۰). مقایسه فعالیت سیستم های مغزی رفتاری و اضطراب در افراد معتاد وابسته به مواد مخدر و افراد بهنجار شهر تبریز. فصلنامه اصول بهداشت روانی، شماره ۵۲، ص ۳۰۴.
- علیوردی نیا، اکبر. شارع پور، محمود. و مرادی، فاطمه. (۱۳۹۱). بررسی تأثیر خودکنترلی و پیوند اجتماعی بر نگرش دانشجویان نسبت به مصرف الکل. فصلنامه مطالعات توسعه اجتماعی فرهنگی، دوره ۱، شماره ۴.
- کریمی درمنی، حمیدرضا. (۱۳۸۵). توانبخشی گروه های خاص با تاکید بر خدمات مددکاری اجتماعی. تهران: انتشارات گستره.
- کوثر، قاسم. ابراهیمی قوام، صغری. (۱۳۹۰). بررسی اثربخشی آموزش خودکنترلی بر کاهش سهل انگاری نوجوانان دختر پایه دوم متوسطه شهر تهران. فصلنامه پژوهش های روانشناسی اجتماعی، شماره ۳، ص ۱۹.
- گلمن، دانیل. (۱۳۸۶). هوش هیجانی، خودآگاهی هیجانی، خویشتنداری، همدلی و یاری به دیگران. (ترجمه نسرين پار سا). تهران: انتشارات رشد. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۱۹۹۵).
- محمدی، نوراله. (۱۳۸۷). ویژگی های روان سنجی مقیاس های سیستم بازداری و فعال سازی رفتار در دانشجویان دانشگاه شیراز. دوماهنامه علمی- پژوهشی دانشگاه شاهد، سال پانزدهم- دوره جدید، شماره ۲۸.
- منصوری، احمد. و بخشی پور رودسری، عباس. (۱۳۸۹). رابطه سیستم های فعال ساز و بازداری رفتاری با نگرانی آسیب شناختی و غیر آسیب شناختی، مجله دانشگاه علوم پزشکی بابل، دوره ۱۲، شماره ۱.
- نبی زاده چپانه، قسیم. هاشمی نصرت آباد، تورج. پورشریفی، حمید. و فرورشی، محمود. (۱۳۸۹). صفات شخصیتی و سیستم های بازداری /فعال سازی رفتاری در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی، دوقطبی و افراد بهنجار. مجله روان شناسی بالینی، سال دوم، شماره ۳.