

## تبیین جامعه‌شناختی اثر نقش‌های جنسیتی بر افسردگی با تأکید بر مفهوم خودخاموشی

محمد اسماعیل ریاحی، دانشیار، گروه علوم اجتماعی دانشگاه مازندران، ایران\*

زینب محمودآبادی، دانشجوی دکتری جامعه‌شناسی دانشگاه مازندران، ایران

### چکیده

اختلالات روانی از جمله افسردگی، موضوع مطالعه رویکردهای مختلف نظیر روان‌پزشکی، روان‌شناسی، روان‌کاوی، همه‌گیرشناسی و نیز جامعه‌شناسی هستند. رویکردهای جامعه‌شناختی با اصل قراردادن عوامل بیرونی، اثرات ساختارهای اجتماعی و الگوهای تعاملات اجتماعی را بر اختلالات روانی مطالعه می‌کنند. در مقاله حاضر، رویکردهای جامعه‌شناختی از تفاوت‌های جنسیتی در شکل‌گیری و تشدید افسردگی در میان زنان و مردان را ارزیابی می‌شود. پژوهش حاضر برای دستیابی به اهداف بالا، مطالعه‌ای بنیادین است که با روش توصیفی و تحلیلی انجام شده است و در این راستا از روش گردآوری اطلاعات کتابخانه‌ای، اسنادی استفاده شده است. یافته‌های حاصل از مطالعات اسنادی نشان می‌دهد زنان و مردان، واکنش‌های عاطفی و رفتاری متفاوتی نسبت به فشارهای اجتماعی نشان می‌دهند؛ یعنی زنان به درون‌ریزی فشارهای روانی می‌پردازند و در نتیجه، میزان بالاتری از افسردگی را تجربه می‌کنند؛ در حالی که مردان با اجبار به برون‌ریزی این فشارها رفتارهایی نظیر سوء‌مصرف مواد انجام می‌دهند و به اختلالات روانی مبتلا می‌شوند. مطابق الگوی نظری به کار گرفته شده مرکب از سه نظریه نقش، قدرت و جنسیت و خودخاموشی، وقوع خودخاموشی آموخته‌شده در فرایند جامعه‌پذیری و مبتنی بر کلیشه‌های نقش جنسیتی درباره هر جنس، تسهیل در بروز یا تشدید اختلالات روانی خاص هر جنس را موجب می‌شود؛ از این رو، «فرایند بازتعریف کلیشه‌های نقش جنسیتی و تعدیل سازوکار خودخاموشی، یک راهبرد اجتماعی - فرهنگی کلان مقیاس برای کاهش اختلالات روانی» محسوب می‌شود.

واژه‌های کلیدی: جامعه‌شناسی اختلالات روانی، نقش‌های جنسیتی، افسردگی، نظریه نقش، خودخاموشی

## مقدمه و بیان مسأله

افسردگی یکی از علل اصلی ناتوان‌سازی افراد و جوامع است. براساس گزارش‌های سازمان جهانی بهداشت، در سال ۲۰۱۰، افسردگی، دومین عاملی است که به افزایش سال‌های عمر از دست رفته به واسطه (یا زیسته با) ناتوانایی ناشی از بیماری‌ها و صدمات<sup>۱</sup> منجر شده است؛ به طوری که افسردگی اساسی<sup>۲</sup> حدود ۸/۲٪ از بار بیماری‌های ناتوان‌کننده را به خود اختصاص داده است (Ferrari et al., 2013). گزارش‌ها نشان می‌دهند اختلالات افسردگی و اضطرابی از رایج‌ترین بیماری روانی در دنیا هستند. ۲۵٪ افراد مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی در جهان از افسردگی و اضطراب رنج می‌برند و نکته مهم این است که افسردگی روز به روز در دنیا در حال افزایش است (Lamber, 2006: 498).

تفاوت در میزان و نوع افسردگی در زنان و مردان، همواره موضوعی چالش‌برانگیز بوده است؛ زیرا در زمینه شیوع افسردگی براساس جنسیت، تناقضات بسیاری در نتایج پژوهش‌ها دیده می‌شود. نتیجه برخی مقالات نشان می‌دهد افسردگی در زنان بیشتر از مردان است (حسینی، ۱۳۹۰؛ خمسه، ۱۳۸۶ و Angst, 2002). برخی دیگر نشان می‌دهند افسردگی در مردان بیشتر از زنان است (اسلامی، ۱۳۸۱) و برخی نیز تفاوت معناداری بین افسردگی زنان و مردان مشاهده نکرده‌اند (Grant, 2002).

فرض مقاله حاضر این است که دلیل وجود چنین تناقضاتی، تسلط رویکرد زیستی و پزشکی در مطالعه اختلالات روانی است. علم روان‌پزشکی، به‌عنوان رشته مسلط در این زمینه، اختلال روانی را تأثیر گرفته از فیزیولوژیک و شیمی بدن می‌داند (Aneshense & Phelan, 2006: 6)؛ اما مسئله این است که تسلط رویکرد روان‌پزشکی از سه طریق به تناقضات در نتایج پژوهش‌های افسردگی منجر می‌شود. در واقع تسلط روان‌پزشکی، سه ایراد عمده در پژوهش‌های افسردگی به‌خصوص در پژوهش‌های اجتماعی حیطة

## افسردگی و جنسیت ایجاد می‌کند:

در وهله اول، دیدگاه زیستی در رابطه با جنسیت که دیدگاه مرکزی رویکرد پزشکی است، در زمینه پژوهش‌های اجتماعی وارد شده است. این امر به‌صورتی است که جنسیت، متغیری فرهنگی و طیفی از «زن‌بودگی» و «مردبودگی»، به زن و مرد بیولوژیک تقلیل داده شده است. جنسیت به‌عنوان متغیری اجتماعی در پژوهش‌ها محو شده است. بیشتر پژوهشگران، یک گروه از زنان را انتخاب کرده‌اند و برای توضیح علت افسردگی آنان، متغیر اجتماعی سوم را لحاظ کرده‌اند که شامل نژاد (Lafontant, 2007)، پایگاه اقتصادی و اجتماعی (Roxburg, 2009)، محیط خانواده (Lian, 2013)، مهاجرت (Morrison, 2008)، سن (Mirowsky, 1996)، تعدد نقش (Tan, 2001)، بیهوشی (Umberson et al., 1992)، وضعیت تأهل و معنای نقش (Simon, 1995)، حمایت اجتماعی (محمدی، ۲۰۱۱)، والدگری (Carlson, 2011)، فقر (Bell, 2003) و سایر موارد است.

در وهله دوم، در برخی از پژوهش‌ها که توجه کمی به نقش‌های جنسیتی شده است، ابتدا این پیش فرض پذیرفته شده که افسردگی، بیماری زنانه است و سپس پژوهش‌ها به دنبال تبیین چرایی این موضوع رفته‌اند (Nolen-Hoeksema, 2003; Chew, 2007; Brown, 2000; Caputo, 2013; Stoppared, 2010; Blee, 1985). مژده، ۱۳۹۲؛ کریمی، ۱۳۸۹ و زارع پور، ۱۳۹۱). گویی فقط «زنان» هستند که قربانیان نقش‌های جنسیتی‌اند و مردان به‌عنوان واضعان و مدافعان نظام مردسالاری باید سرزنش و مورد هجوم واقع شوند؛ اما ایدئولوژی‌های پدرسالارانه مردانگی برای مردان و زنان به یک اندازه خطرناک و مخاطره‌آمیز است (وایت، ۱۳۹۱: ۲۱۴). این امر در صورتی است که براساس برخی از مطالعات انجام‌شده، نظام مردسالاری سلامت روان مردان را نیز به خطر می‌اندازد؛ زیرا این نظام، تصویر اسطوره‌ای از مرد می‌سازد و مردان برای خدشه‌دارنشدن این تصویر باید هزینه‌های روانی زیادی بپردازند (هولمز، ۱۳۸۷: ۱۲۵).

سوم اینکه در پژوهش‌های انجام‌شده، سازوکار اثرگذاری نقش‌های جنسیتی بر افسردگی غایب است و معمولاً شرایط

<sup>1</sup> Years lived with Disability , YLD

<sup>2</sup> Major Depressive Disorder

در واقع سؤال اصلی مقاله این است که «نقش‌های جنسیتی» متأثر از ساختارهای اجتماعی و فرهنگی که تعریف‌کننده رفتارهای مناسب مردان و زنان در هر جامعه‌ای هستند، چگونه و با چه سازوکاری به آغاز یا تشدید میزان‌های متفاوتی از افسردگی در بین دو جنس منجر می‌شوند. در مسیر آزمون این فرض که نقش‌های جنسیتی درونی‌شده به افسردگی منجر می‌شود، پاسخ‌گویی به این پرسش اهمیت‌ی اساسی می‌یابد که این اثرگذاری با چه سازوکاری اتفاق می‌افتد. برای پاسخ‌دادن به این پرسش مهم، متغیر کلیدی و شاید ناشناخته‌ای به نام «خودخاموشی»<sup>۴</sup> در نظر گرفته شده است. گفتمانی است منظور از نقش‌ها و کلیشه‌های جنسیتی که با اختلالات روانی ارتباط مستقیم دارند، آن دسته از کلیشه‌های جنسیتی منفی و ناکارآمدی است که در جامعه به زنان و مردان نسبت داده می‌شوند و به ضعف یا درماندگی فرد در برابر مسائل و مشکلات منجر می‌شوند؛ بنابراین در این مقاله، منظور از کلیشه‌های جنسیتی، کلیشه‌های جنسیتی منفی مختص هر دو جنس است.

#### روش

مقاله حاضر به منظور تبیین تفاوت‌های جنسیتی در افسردگی، توضیحی جامعه‌شناختی درباره اختلالات روانی با معرفی متغیر «خودخاموشی» ارائه می‌دهد. همچنین یک الگوی نظری تلفیقی محقق‌ساخته براساس تبیین جامعه‌شناختی از تفاوت‌های جنسیتی در افسردگی در این مقاله معرفی می‌شود. در واقع پژوهش حاضر، مطالعه‌ای بنیادین است که با روش توصیفی و تحلیلی انجام شده است و در این راستا روش گردآوری اطلاعات کتابخانه‌ای، اسنادی بوده است.

#### یافته‌ها

##### الف) رویکردهای مرتبط با اختلالات روانی

در دوران مدرن، فرایند ارزیابی و تشخیص اختلالات روانی

نابه‌سامان زندگی نظیر فقر، بیوه‌گی، تعدد نقش، فقدان حمایت اجتماعی و ... در تبیین افسردگی زنان نقش محوری داشته‌اند؛ اما نکته این است که صرفاً شرایط نامساعد و سختی که زنان با آن مواجه می‌شوند به افسردگی منجر نمی‌شود. آلی<sup>۱</sup>، با تعدادی از زنان در شمال آمریکا مصاحبه کرده است که در شرایط ناگواری مانند تهی‌دستی، ناامنی و ... بوده‌اند. او دریافت این زنان میزان افسردگی بالایی نداشته‌اند؛ زیرا در آن منطقه، زنان، خودابرازی بالایی داشتند و خودخاموشی برای یک زن در آن فرهنگ خاص ارزش تلقی نشده است (Jack & Ali, 2010: 4). در واقع، صرفاً شرایط ناگوار به افسردگی منجر نمی‌شود؛ بلکه نبود امکان اعتراض به شرایط و بروز خود به افسردگی منجر می‌شود (کوکرین، ۱۳۷۶: ۵۴-۵۵).

مقاله حاضر برای رفع سه مشکل بیان شده است و تبیین تناقضات حاصل از نتایج پژوهش‌های حیطه افسردگی و جنسیت، سعی دارد اثرات نقش‌های جنسیتی بر میزان افسردگی زنان و مردان را به‌طور هم‌زمان براساس فهم جامعه‌شناختی با رویکردی تطبیقی مطالعه کند. فرض بنیادین مقاله حاضر این است که صرفاً زن یا مرد بودن به مبتلاشدن یا نشدن به اختلالات روانی از جمله افسردگی منجر نمی‌شود؛ بلکه به میزانی که فرد نقش جنسیتی را درونی کرده است و به بیان دیگر به میزان زن‌بودگی<sup>۲</sup> و مردبودگی<sup>۳</sup>، احتمال مبتلاشدن او به اختلال روانی پیش‌بینی می‌شود. منطبق این پیش‌بینی این است افرادی که در طیف نقش‌های جنسیتی از دو حد مردانگی و زنانگی طیف دورترند و به حد وسط طیف نزدیک‌ترند یا به عبارتی زنانگی و مردانگی توأمان دارند، از ابتلا به افسردگی، بیشتر در امان هستند؛ زیرا ترکیب نقش‌های زنانه و مردانه، در مقابل افسردگی، از افراد حمایت می‌کند. این پیش‌بینی نظری براساس الگوی پیشنهادی ساخته‌شده از ترکیب سه نظریه «خودخاموشی، نقش و قدرت و جنسیت» صورت می‌گیرد.

<sup>1</sup> Ali

<sup>2</sup> femininity

<sup>3</sup> Masculinity

<sup>4</sup> Self-silencing

متمرکز هستند.

وجه تمایز سنت جامعه‌شناختی و روان‌شناختی، مطالعه سلامت روان، تلاش جامعه‌شناسان برای کشف الگوهای اجتماعی تولید و توزیع سلامت و بیماری روانی است (ریاحی و رهبری، ۱۳۹۳: ۵۳). براساس این رویکرد، اختلالات روانی از اثرات متقابل و هم‌زمان ساختارها و کنش‌های متقابل اجتماعی تأثیر گرفته است.

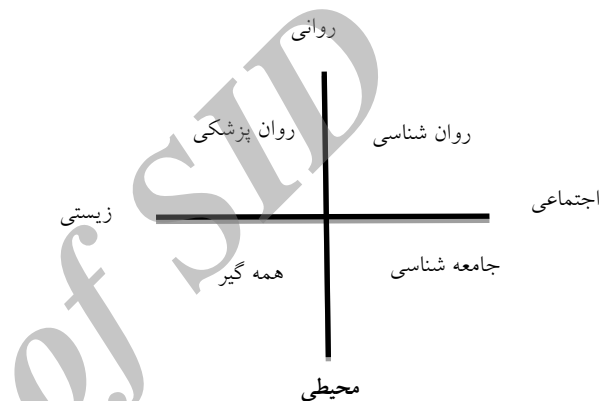
در بستر درمانی - بالینی، ابتدا کار روان‌پزشکان بوده است؛ اما رویکرد بین رشته‌ای<sup>۱</sup> به افزایش علاقه‌مندی به مطالعه سلامت و بیماری روان در بسیاری از رشته‌های دیگر منجر شده است. شکل ۱، چهار رشته اصلی و مادر را نشان می‌دهد که از منظر حیطة‌هایی دغدغه‌مند هستند که در مطالعه مفهوم‌سازی سلامت و بیماری روان به آن می‌پردازند (Switzer et al., 2006: 82).

جدول ۱- رویکردهای نظری در تبیین جامعه‌شناختی

بعد دوم		اختلالات روانی*		بعد اول	
ماهیت نشانه‌ها		وابستگی یا استقلال نشانه‌های		فرهنگ	
اختلالات روانی از بافت فرهنگی و		تاریخی جامعه)		فرهنگ	
وابسته به		مستقل از		فرهنگ	
روان‌شناسی		سبب‌شناختی		اجتماعی	
جامعه‌شناختی		هدف یا موضوع تبیین (چگونگی تولید اختلالات روانی)		برساختگی اجتماعی	
		مبتلا به نشانه‌های (اختلال) تولید اختلالات روانی و نحوه واکنش			
		اجتماعی (یا محوریت پاسخ اجتماعی)			
		نحوه واکنش در پاسخ دهندگان به شخص دارای (اختلال)			

\* (اقتباس از Horwitz, 2006: 58)

مطالعات علیت اجتماعی و پاسخ اجتماعی، نشانه‌های اختلالات روانی را نشانه‌هایی مستقل از فرهنگ بررسی می‌کند؛ در صورتی که هدف اصلی از توضیحات روان‌شناسی جامعه‌شناختی و برساخت‌گرایی اجتماعی، درک این مسئله است که علائم و نشانه‌های اختلالات روانی، حاصل بافت اجتماعی بوده و به‌عنوان یک برساخته اجتماعی به‌طور



شکل ۱- رشته‌های اصلی مطالعات اختلالات روانی

منبع: Switzer et al., 2006: 82

رویکردهای روان‌شناسی و روان‌پزشکی فردگرایانه هستند و علل و درمان اختلالات روانی را در فرد مبتلا به اختلال جستجو می‌کنند. این نظریه‌ها مجزای بودن جسم و ذهن را می‌پذیرند و استدلال می‌کنند ذهن طی مراحل رشد و توسعه می‌یابد و اختلال ذهنی براساس اختلالات در رشد مشخص می‌شود که از رویدادهای تکان‌دهنده دوران کودکی یا از سایر اختلالات در طی مراحل رشد نشئت می‌گیرند (تاسیگ و همکاران، ۱۳۸۶: ۳۴۹). رویکردهای روان‌شناسی و روان‌پزشکی، فردگرایانه و در جستجوی علل بروز اختلالات روانی و درمان آنها در جسم و روان فرد هستند؛ درحالی‌که جامعه‌شناسی و همه‌گیرشناسی<sup>۲</sup> هنگام مطالعه مباحث سلامت روان بر ویژگی‌های بیرونی افراد یعنی محیط‌های اجتماعی و طبیعی

<sup>1</sup> Cross-fertilization

<sup>2</sup> Epidemiology

فرهنگی ساخته شده‌اند (Horwitz, 2006: 58).

### ب) رویکردهای جامعه‌شناسی در رابطه بین جنسیت و افسردگی

برای تبیین جامعه‌شناسی افسردگی با در نظر گرفتن متغیر جنسیت به‌طور کلی سه دیدگاه وجود دارد:

- دیدگاه علیت اجتماعی<sup>۱</sup>: این دیدگاه این سؤال را مطرح می‌کند که آیا جامعه و عوامل اجتماعی، علت زیادتربودن افسردگی در میان زنان است. این عوامل کدامند.
- دیدگاه ساختگی و مصنوع<sup>۲</sup>: این دیدگاه این چالش را مطرح می‌کند که آیا میزان زیادتربودن افسردگی در میان زنان واقعی است و ابزارهای اندازه‌گیری این اختلالات بی‌طرف و علمی هستند.
- دیدگاه برجسب اجتماعی: آیا زنان بیشتر از مردان، برجسب داشتن افسردگی می‌خورند.

#### دیدگاه علیت اجتماعی

نظریه پردازان دیدگاه علیت اجتماعی معتقدند بیماری روانی، ریشه در تجربیات زندگی زنان دارد. آنها بر رابطه بین استرس زندگی زنان و اختلالات روانی تمرکز می‌کنند. گو<sup>۳</sup> (1984) استدلال می‌کند نتایج و عوارض نوع و مقدار خاص استرسی که زنان در زندگی تجربه می‌کنند، اختلال روانی است (Rogers & Pilgrim, 2005: 64). نظریه‌های متفاوتی در پاسخ به این سؤال مطرح شده است که منشأ استرس‌های زنان چیست. در ادامه رویکرد جامعه‌شناسی احساسات، نظریه‌های انتظارات موقعیتی، طرح‌واره‌های جنسیتی، نقش‌های جنسیتی، جامعه‌پذیری جنسیتی و «نظریه قدرت، جنسیت و احساسات» مرور می‌شوند.

#### جامعه‌شناسی عواطف

جامعه‌شناسی عواطف<sup>۴</sup>، «احساس را امری فرهنگی و اجتماعی در نظر می‌گیرد و بر این اساس است که الگوهای فرهنگی به‌گونه‌ای بر مردم یک جامعه تأثیر می‌گذارند که آنها بیشتر روی احساسات خود کار کنند تا آن دسته از احساسات را در خود پیروانند که تصور می‌کنند باید در جامعه بروز دهند (ربانی خوراسگانی و کیانپور، ۱۳۸۸: ۳۹). جامعه‌شناسی عواطف، دو فرضیه جهان شمول اما متمایز را شامل می‌شود که از منظر رابطه بین فرهنگ و تفاوت‌های جنسیتی در عواطف می‌توان آن را به کار بست. ابتدا، فرهنگ تقسیم کار براساس جنسیت و ایدئولوژی‌های مربوط به نقش جنسیتی بر تجارب و ابراز عواطف دو جنس تأثیر می‌گذارد و عناصر مهم در شکل‌گیری مردانگی و زنانگی هستند (Alexander & Wood, 2000: 192). تبیین دوم برای تفاوت‌های جنسیتی در آسیب‌شناسی آن است که زنان و مردان با عواطف و مشکلات عاطفی به شیوه‌های متفاوت مقابله می‌کنند. یکی از کلیشه‌ها یا تصورات قالبی جنسیتی شایع آن است که زنان عاطفی‌تر هستند و در نتیجه، آسیب‌پذیری عاطفی آنها بیشتر از مردان است (گولوموگ، ۱۳۹۳: ۲۲۶).

#### نظریه انتظارات موقعیتی

نظریه انتظارات موقعیتی<sup>۵</sup> با این فرض آغاز می‌کند که باورهای مبتنی بر جایگاه افراد، مانند کلیشه‌ها و هنجارها، باورهای فرهنگی هستند که رابطه موقعیتی بین یک گروه اجتماعی با گروه‌های دیگر را در جامعه نشان می‌دهند. نکته مهم این است که باورهای مبتنی بر موقعیت به کلیشه‌ها شبیه‌اند؛ اما با آنها یکی نیستند؛ زیرا کلیشه‌های گروه‌های مختلف با هم متفاوت‌اند؛ اما همه آنها محتوای موقعیتی مرکزی را شامل هستند که جایگاه یا ارزش گروه را در مقایسه با گروه یا گروه‌های دیگر نشان می‌دهند (Shields et al., 2006: 65).

انتظارات موقعیتی از عواطف مبتنی بر جنسیت از دو راه،

<sup>4</sup> Sociology of Emotion

<sup>5</sup> Expectation states theory

<sup>1</sup> Social causation

<sup>2</sup> Artifact

<sup>3</sup> Gove

سلامت روان زنان را تهدید می‌کند. از یکسو، هم‌نوایی با این انتظارات، زنان را به موجوداتی وابسته و منفعل تبدیل می‌کند که همین امر، نشانه‌های بیماری‌های روانی و افسردگی تعریف شده است و از سوی دیگر، تخطی از این انتظارات نیز برچسب بیماری روانی را با خود همراه خواهد داشت. همچنین، مردان نیز باید برای هم‌نوایی با این انتظارات، عواطف خود را به شدت کنترل کنند.

### نظریه طرح‌واره‌های جنسیتی

تقریباً تمام نظریه‌های حوزه جامعه‌شناسی جنسیت هم‌نظرند که افراد، زنانگی و مردانگی را در جامعه می‌آموزند؛ اما فارغ از اینکه فرد این نقش‌ها را از کجا می‌آموزد، ساندراسم این سؤال را مطرح می‌کند که فرد دقیقاً چه چیزی را می‌آموزد. او در پاسخ به این سؤال، نظریه طرح‌واره‌های جنسیتی را در سال ۱۹۸۱ ارائه کرد. به نظر او تفاوت بین زن و مرد از عناصر اساسی سازماندهی شده در هر فرهنگ است. از نظر او ساختار اجتماعی به شکل‌گیری نقش‌های جنسیتی و طرح‌واره‌های ذهنی منجر می‌شود (Bem, 1981: 354-355).

در اثر طرح‌واره‌های جنسیتی، زنان، بیشتر به جای ابراز آشکار هیجان به فکر نگهداشت روابط صمیمانه خود با دیگران هستند؛ اما همین سرکوب هیجانات و خشم به افسردگی منجر می‌شود. در واقع زنان با رعایت طرح‌واره‌های جنسیتی، درون چرخه افسردگی ساز می‌افتند؛ دورن‌ریزی، علائم افسرده‌ساز، اعتقاد به مضر بودن واکنش‌های هیجانی و در نتیجه، بیگانگی بیشتر فرد با خویش در نهایت به افسردگی منجر می‌شود (آبوت و والاس، ۱۳۸۰: ۱۸۰). تفاوت‌های جنسیتی به درونی‌سازی اختلالات در زنان (افسردگی و اضطراب) و بیرونی‌سازی اختلالات در مردان (پرخاشگری و رفتارهای ضداجتماعی) منجر می‌شود (Rosenfield, 2006: 216). طرح‌واره‌های جنسیتی، سلامت روان مردان را نیز تهدید می‌کند؛ زیرا با تأثیر از این طرح‌واره‌ها، مردان، بیشتر احساساتشان را کنترل می‌کنند؛ پدیده‌ای که به آن «عاطفه محدودشده» می‌گویند. به همین دلیل، گاهی سوء‌مصرف مواد

و اعتیاد به الکل، نسخه مردانه افسردگی دانسته می‌شود. گفتنی است گویا افسردگی نوعی طغیان در برابر نقش‌های جنسیتی است و بیماری، نظم‌های طرح‌واره‌ها را در هم می‌شکند. نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد زنان افسرده، پرخاش‌های فیزیکی بیشتری در مقایسه با زنان غیرافسرده، نشان می‌دادند و مردان افسرده نسبت به مردان غیرافسرده، پرخاشگری کمتری نشان می‌دادند (Knox et al., 2003: 226). همچنین، مطالعات نشان می‌دهند افسردگی به‌عنوان پیامدی از مردانگی تحقق‌یافته و تحقق‌نیافته دیده می‌شود. مردانگی تحقق‌یافته، خشمناک و رقابت‌پذیر است و مردانگی تحقق‌نیافته نیز ارزیابی بی‌ارزشی خود را در پی دارد که نتیجه هر دو، پریشانی روانی است (Valkonen1 & Hanninen, 2012: 1). هرچه میزان زنانگی بیشتر باشد که مردان با آن اجتماعی می‌شوند، میزان بالاتری از آگاهی و دغدغه درباره جریان‌های سازگار با سلامتی در آنها ایجاد می‌شود. گفتنی است زنانگی بیشتر، فقط در مردان به رفتارهای محافظت از سلامت منجر می‌شود و این امر در زنانی صدق نمی‌کند که زنانگی بیشتری دارند (Kaplan & Marks, 1995)؛ در واقع ترکیب نقش‌های جنسیتی است که به سلامتی منجر می‌شود.

### نظریه نقش‌های جنسیتی

«نظریه نقش، تأکید می‌کند نابرابری‌های سلامتی در دو جنس، محصول جایگاه‌های اجتماعی متفاوت زنان و مردان است. بر این اساس، تفاوت و نابرابری در توزیع جایگاه‌های اجتماعی بین زنان و مردان به شکل‌گیری سبک‌های زندگی متفاوت بین آنان منجر شده است و بر فراوانی و سطوح عوامل تنش‌زای مزمن و رویدادهای زندگی نیز تأثیر می‌گذارد» (Eagly et al., 2004). اهمیت تأثیرات نیرومند نقش‌های جنسیتی بر بهداشت روانی به اندازه اهمیت اثرات مستقیم تبعیض‌های جنسی هستند؛ زیرا نقش‌های جنسیتی زیرساخت این نابرابری‌های ساختاری می‌شوند و زنانی که در بسیاری از زمینه‌ها تعاریف سنتی نقش جنسی را می‌پذیرند، برای تأثیرگذاری بر محیط و کنترل زندگی، ظرفیت پایین خواهند

دیگری» پدیدآورنده احساس ترس و اضطراب است. از سوی دیگر «قدرت بیش از اندازه خود» در زمانی به وجود می‌آید که فرد حس می‌کند قدرت فردی بیش از اندازه‌ای دارد و با احساس گناه همراه است؛ مانند احساسات ناخوشایند پشیمانی و ندامت و این حس که فرد کار بدی انجام داده یا به دیگری با اعمال شیوه‌های زورگویانه ستم کرده باشد (Kemper, 2006: 98).

**جایگاه:** هنگامی که کسی معتقد است جایگاه مناسبی از طرف دیگران دریافت نمی‌کند، احساس مفروض، ترکیبی پیچیده از ناراحتی، افسردگی و خشم است. درباره خشم، تمرکز فرد بر ناعادلانه بودن محرومیت و حماقت و بداندیشی دیگران است که او را از جایگاه حقش محروم کرده‌اند (Kemper, 2006: 100). در نتیجه همین تلفیق جایگاه و قدرت «کلیشه‌های احساس - جنسیت» زنان را بیشتر از مردان ابرازکننده احساسات می‌دانند (Fischer & Manstead, 2000)؛ زیرا بروز خشم به مردانگی مرد غربی بیشتر منتسب است تا زنانگی. ابراز خشم مردان ممکن است میزان موقعیتی را افزایش دهد که دریافت می‌کنند؛ بنابراین، شیلدز (2002) معتقد است احتمالاً تفاوت‌های جنسیتی در تجربه خشم از تفاوت در عناوین درک شده برمی‌خیزد (Shields, 2006: 73).

#### جنسیت و قدرت

«نظریه جنسیت و قدرت، رویکردی برای واسازی<sup>۱</sup> قدرت مردانه پیشنهاد می‌کند. روابط جنسیتی در آن به‌عنوان ساختارهای اجتماعی و تاریخی خاص دیده می‌شوند. این نظریه تأکید می‌کند ساختار اجتماعی زندگی و فعالیت‌های روزمره جدا نیستند. جنسیت و نقش‌های جنسیتی نیز به‌صورت اجتماعی ساخته می‌شوند؛ از این‌رو، نابرابری‌ها و تفاوت‌ها در قدرت در جامعه بر نقش‌های جنسیتی تأثیر می‌گذارند» (Chonody & Siebert, 2008: 342).

نظریه قدرت در ارتباط با تفکیک‌های اجتماعی، ابعاد

داشت که این امر به افسردگی منجر می‌شود (کوکرین، ۱۳۷۶: ۵۴-۵۵).

#### نظریه جامعه‌پذیر جنسیتی

رویکرد جامعه‌پذیری جنسیتی استدلال می‌کند دیدگاه‌های اجتماعی و فرهنگی در باب مردانگی و زنانگی در فعالیت‌های اجتماعی شدن کودکان درونی می‌شود. در فرایند جامعه‌پذیری جنسیتی، نقش گروه‌های هم‌سالان، والدین و ارزش‌های اجتماعی سازوکارهایی اصلی هستند که با آن، رفتارهای کلیشه‌ای مربوط به نقش‌های جنسیتی تعریف و نهادینه می‌شوند. کودکان در گروه‌های هم‌سالان با فرایندهایی مانند پذیرفته شدن و محبوبیت اجتماعی یا در عوض، رد شدن و آزار و اذیت با نمایش نقش‌ها هم‌ساز می‌شوند و همچنین آنها را تشدید می‌کنند (Brody, 2000: 26-27).

#### نظریه قدرت، جایگاه و احساسات

نظریه قدرت به فرایند تبدیل شدن ارتباط بین جنسیت و احساسات به عاملی برای تحول اجتماعی یا حفظ وضعیت موجود می‌پردازد. در واقع چگونگی به کار گرفته شدن احساسات جنسیتی است که ساختارهای نهادی نابرابری جنسیتی را ایجاد می‌کند. به عبارتی، ابراز احساس به مثابه اعمال قدرت تلقی می‌شود. از دید نظریه قدرت و جایگاه، دو بعد قدرت و جایگاه در تعیین نوع رفتار و روابط اجتماعی کنشگران دخیل است. روابط اجتماعی، روابط «قدرت-جایگاه» هستند؛ یعنی بازیگرانی که در یک مکان در مقابل هم جایگاه ویژه‌ای دارند از خلال ابعاد قدرت-جایگاه تعریف می‌شوند (Kemper, 2006: 97).

**قدرت:** در رابطه‌ای که فرد حس کند قدرتش کافی نیست، احساس «قدرت نامناسب خود» بروز می‌کند که با احساسی از ترس یا اضطراب همراه است. فرد، دغدغه دارد که نتواند جلوی دیگری را در اعمال زور برای واداشتن او به انجام کاری بگیرد که دوست ندارد. «قدرت بیش از اندازه

<sup>1</sup> Deconstructing

اما احساسات تداعی‌کنندهٔ فقدان قدرت آنهایی هستند که متضمن آسیب‌پذیری روانی بیشتری هستند و کمتر به جایگاه‌های بهره‌مند از قدرت مربوط می‌شوند؛ درحالی‌که احساس قدرتمندی، متضمن احساس تسلط است و به جایگاه و موقعیت‌های بهره‌مند از قدرت بالا و سلامت بیشتر مربوط می‌شود (Shields et al., 2006: 73; Fischer & Manstead, 2000) و Brody, 2000).

**انرژی روانی:** در اثر تقسیم کار و قدرت برحسب جنسیت، به نقش‌های سنتی زنان، ارزش اجتماعی پایین‌تری تعلق می‌گیرد و صفات انفعال و وابستگی، نشانه‌های متداول (هنجاری) زنانگی می‌شوند (Chonody & Siebert, 2008: 343)؛ اما گفتنی است هرچه افراد به احساسات و امیال دیگران بیشتر بپردازند، کمتر براساس تشخیص احساسی خودشان عمل می‌کنند. همچنین، ناتوانی در عمل کردن براساس منافع خود، افراد را مستعد احساس درماندگی و ناامیدی می‌کند که نشانهٔ واکنش‌های همراه با افسردگی است (Rosenfield, 2006: 216).

### رویکرد بر ساخت‌گرایی

این رویکرد، استدلال می‌کند میزان بالای افسردگی زنان در آمارها نشان‌دهندهٔ کم‌بودن افسردگی مردان در دنیای واقعی نیست؛ زیرا بیشتر آمارها براساس مراجعه به پزشکان است و زنان بیشتر از مردان علائم سلامت روانی خود را از طریق جستجوی کمک حرفه‌ای پیگیری می‌کنند. این امر تا اندازه‌ای است که زنان تقریباً دو برابر مردان برای دریافت درمان روان‌پزشکی مراجعه می‌کنند (Rogers & Pilgrim, 2005: 69).

هستهٔ مرکزی این رویکرد بدین صورت است که تعداد به ظاهر بالای زنان افسرده تبیین می‌کند زنان و مردان «اجتماعی می‌شوند» تا هیجان‌ات خویش را به‌طور متفاوت تجربه و ابراز کنند. احتمال بیشتری می‌رود که زنان راجع به احساس خویش با پزشکان مشورت کنند؛ درحالی‌که بیشتر احتمال دارد مردان از مشورت اجتناب کنند؛ مگر به‌دلیل عوامل جسمی باشد (وایت، ۱۳۹۱: ۱۹۳). مردان در واکنش به عوامل

خویشتن، بیرونی و درونی‌سازی اختلالات براساس جنسیت است. تقسیم‌بندی‌های اجتماعی مبتنی بر عمومی در برابر خصوصی، منطبق در برابر احساس، ذهن در برابر جسم با جنسیت پیوند خورده‌اند و بر تجارب اجتماعی زنان و مردان از کودکی تا بلوغ احاطه دارند (Rosenfield, 2006: 220-221). روابط توزیع قدرت براساس جنسیت، طبق سه ساختار تفکیک جنسی کار، تفکیک جنسی قدرت و انرژی روانی<sup>۱</sup> شکل می‌گیرند که در تحلیل تجربهٔ جنسیتی به‌کار می‌روند و یکدیگر را کامل می‌کنند.

**تفکیک جنسی کار:** یک بخش اقتصادی جنسیتی را شرح می‌دهد و بخشی از یک نظام بزرگ‌تر است که ساختار تولید، مصرف و توزیع را از منظر جنسیت تشکیل می‌دهد. این بخش، موقعیت‌های شغلی را محدود و برای فعالیت‌های اقتصادی و اجتماعی از جمله تبعیض بازارهای کار قیدوبند ایجاد می‌کند که «کار زنان» و تفاوت‌های دستمزد را به وجود می‌آورد. همچنین، زنان نسبت به مردان درآمد کمتری دارند. به همین دلیل افسردگی در بین زنان بیشتر است؛ زیرا آنان در موقعیت‌های اجتماعی و اقتصادی فرودست بیشتر یافت می‌شوند (Nolen Hoeksema, 2003) (Chonody & Siebert, 2008: 340).

**تفکیک جنسی قدرت:** به نبود توازن قدرت در نهادهایی اشاره دارد که یک گروه را به گروه دیگر ترجیح می‌دهند. بین مردانگی و اقتدار، پیوند محکمی به‌صورت اجتماعی بسته شده است. این پیوند با ممانعت از مشارکت زنان در رده‌های بالای کسب‌وکار، حکومت و دولت آنان را به حاشیه رانده و در مرتبهٔ فرودست قرار داده است (Chonody & Siebert, 2008: 343). در نتیجهٔ این تفکیک جنسیتی، قدرت و ارزش بیشتری به فعالیت‌های مردانه پیوند می‌خورد که نتیجهٔ آن، بیشتر شدن ارزش شخصیتی مردان، کنترل بیشتر زندگی توسط آنها و نیاز بیشتر دیگران به آنها است و در این تقسیم قدرت، زنان در جایگاه فرودست قرار دارند (Chonody & Siebert, 2008: 340)؛

<sup>۱</sup> Cathexis



فرض اصلی این نظریه، تحلیل روابط صمیمی زنان برای تبیین افسردگی آنها است؛ زیرا برقراری روابط نزدیک، انگیزه اساسی در طول زندگی زنان است. انگاره‌های رابطه‌ای زنان افسرده، شماری از رفتارها مانند از خودگذشتگی و خودخاموشی را نشان می‌دهند و انگاره‌های شناختی در باب چگونگی خلق و حفظ روابط صمیمی و ایمن، زنان را بر آن داشته تا نیازهای دیگران را برتر و احساسات و تمایلات خودشان را سرکوب کنند. این خاموش کردن صدای خود با کاهش عزت نفس و احساس «فقدان خویشتن» همراه است (Jack, 2011: 525).

مسئله این است که زنان نمی‌توانند از این خودخاموشی تخطی کنند (Gilligan, 2010: 10)؛ زیرا هنگامی که زنان از هنجارهای مسلط فاصله می‌گیرند در ابتدا خودشان احساس و ارزیابی منفی نسبت به خود دارند. این احساس منفی نسبت به خود نشان‌دهنده وجود هنجارهای مسلطی است که فرد احساس می‌کند با آنها فاصله دارد. تضادهای درونی زنان درباره اینکه چگونه باید باشند به این منجر می‌شود که آنان یک خود دوگانه و تقسیم‌شده را دارا شوند (آنچه هستند و آنچه باید باشند یا خود ایدئال و خود واقعی). این تقسیم‌بندی خود، مبنای اصلی خودخاموشی در زنان می‌شود و این طرح‌واره‌های خودخاموشی در روابط به آسیب‌پذیر شدن زنان در مقابل افسردگی منجر می‌شود (Jack, 2010: 5).

خودخاموشی یا به عبارتی «ساکت کردن خود» در زنان، انتخاب فردی نیست؛ بلکه اجباری برآمده از دل فرهنگ پدرسالاری است. براساس این اجبار، هویت زنان بر مبنای میزان پذیرش آنان در دنیای مرد محور ساخته می‌شود. فرایند تنظیم خود براساس استانداردهای مدنظر جامعه، زمینه شکل‌گیری افسردگی را به بار می‌آورد؛ زیرا هزینه‌ای که فرد برای برخورداری از امنیت و صمیمیت در رابطه صرف می‌کند به تجربه یک «خود چندپاره» منجر می‌شود که پیامد آن، افزایش خشم و نارضایتی درونی او است (Swim, 2010).

نظریه خودخاموشی با چهار مفهوم اساسی (۱) ارزیابی

فشار نسبت به زنان بی‌خیال‌تر هستند و کمتر احساسشان را بیان می‌کنند. آنها بیشتر می‌کوشند مشکل را کنترل کنند، آن را بپذیرند، به موقعیت فکر نکنند و به راه‌حل‌های آن بیندیشند؛ اما زنان، بیشتر دعا می‌کنند، از خدمات اجتماعی کمک می‌گیرند و احساساتشان را بیان می‌کنند. در نتیجه، راهکارهای مواجهه با فشار عصبی که برای کنترل شرایط پر فشار تلاش می‌کنند و نشان‌دهنده تسلط بالا بر شرایط هستند، با میزان افسردگی کمتر در ارتباطند و در توضیح آمار پایین‌تر مردان به ما کمک می‌کنند (Rosenfield & Smith, 2010: 264).

### رویکرد برچسب‌زنی

زمانی که زنان در مواجهه با نقش‌های کلیشه‌ای جنسیتی به‌عنوان مادران خانه‌دار، یا زمانی که نسبت به مردان بسیار مطیع یا حتی پرخاشگرتر و متخاصم‌تر باشند، برای دریافت برچسب اختلال روانی مستعد می‌شوند (Rogers & Pilgrim, 2005: 69-70). این رویکرد استدلال می‌کند یکسری کلیشه‌های جنسیتی، مبنای شالوده تفکر روان‌پزشکی نسبت به زنان را تشکیل می‌دهند. بر این اساس کمتر احتمال دارد که زنان به دلیل وضعیت جسمانی درمان را بپذیرند و به‌عنوان دارندگان «مسائل روان‌تنی» تشخیص داده شوند. پزشکی تصویر عاطفی، منفعل، دلسرد و مرعوب، وسوسه‌انگیز، فریبده، دغل‌کار، ذهن‌گرا و غیرقابل اعتماد از زنان به نمایش می‌گذارد (وایت، ۱۳۹۱: ۱۹۴). از نظر چسبر، شغل روان‌پزشکی یک پیشه مردانه (از نظر تعداد افراد شاغل) است و در آن، کلیشه‌های مردسالارانه مبنی بر پایین‌دست بودن زنان شیوع یافته است (Rogers & Pilgrim, 2005: 70).

### ج) نظریه خودخاموشی

یکی از نظریه‌های اساسی که در سازوکار منتهی به افسردگی مدنظر است، نظریه «خود خاموشی»<sup>۱</sup> دنا کرولی جک<sup>۲</sup> است.

<sup>1</sup> self-silencing theory of women's depression

<sup>2</sup> Dana Crowley Jack

مردان متفاوت است (Smolak, 2010: 142).

پژوهش‌های انجام‌شده در زمینه رابطه بین خودخاموشی و تبعیض جنسیتی نشان می‌دهد دخترانی که باورهای خودخاموشی داشته‌اند، هنگامی که با تبعیض جنسیتی در زندگی روزمره خود مواجه می‌شوند به تبعیض‌ها اعتراضی نکرده‌اند (Swim, 2010). همچنین هرچه زنان، تبعیض جنسیتی بیشتری را تجربه کنند، خودخاموش‌تر و در مقابل اختلالات روانی آسیب‌پذیرتر می‌شوند (Hurst, 2013)؛ البته پژوهش‌ها نشان می‌دهند عوامل فرهنگی نیز در خودخاموش‌سازی زنان تأثیر بسیاری داشته‌اند، برای مثال افسردگی و خودخاموشی زنان سفیدپوست (قفقازی) با یکدیگر همبستگی مثبت دارند؛ اما بین افسردگی و خودخاموشی زنان آفریقایی‌تبار رابطه معنادار وجود ندارد و این امر نتیجه اجتماعی‌شدن‌های متفاوت زنان در فرهنگ‌های مختلف است (Carr et al., 1996) و در رابطه با متغیرهای شخصیتی نشان می‌دهند میزان عزت‌نفس<sup>۱</sup> با میزان افسردگی و خودخاموشی زنان مرتبط است (Cramer et al., 2005) و هرچه افراد، «ترس از طردشدن»<sup>۲</sup> بیشتری داشته باشند، خودخاموشی بیشتری خواهند داشت (Harper et al., 2006). متغیر مهم دیگر در این زمینه، «قلمرو اصلی معنایی»<sup>۳</sup> است که جنبه‌های خاصی از زندگی است که فرد با آنها هویت پیدا می‌کند و خود را با آنها تعریف می‌کند. نتایج مطالعات نشان داده است زنانی که حوزه‌های هویت‌بخش خود را خانواده، دوستان و روابط صمیمی عنوان کرده‌اند، خودخاموشی بیشتری نسبت به زنانی داشتند که حیطه‌های اصلی معنایی خود را اهداف شغلی، شخصی و معنوی بیان کرده‌اند (Ali & Toner, 2001).

### بحث: الگوی نظری محقق ساخته

سازوکارهای عملکردی درون نظریه خودخاموشی که تشریح شد بیان‌کننده تبعیض و کلیشه‌های جنسیتی در روابط روزمره

بیرونی خود (دیدن و قضاوت کردن خود براساس معیارهای خارجی)؛ ۲) مراقبت از دیگران به قیمت قربانی کردن خود (ایمن کردن پیوندها با برتری دادن نیازهای دیگران به نیازهای خود)؛ ۳) خاموش کردن خود (جلوگیری از ابراز وجود و اقدام در جهت ممانعت از برخورد و قطع احتمالی رابطه) و ۴) خود تقسیم‌شده (ارائه یک خود بیرونی که با تجربه و خواسته‌های درونی متفاوت است؛ تجربه چندپارگی درونی) رابطه بین خودخاموشی و افسردگی را تبیین می‌کند (Jack, 2010: 6). این چهار مقیاس به هم مرتبط‌اند و با هم بدنه خاموش کردن خود را می‌سازند و به شیوه‌ای تعاملی با هم وارد عمل می‌شوند؛ چنانکه اگر یک جنبه تقویت شود، تقویت سه مورد دیگر را سبب می‌شود (Jack, 2011: 525). نکته اصلی «نظریه خودخاموشی افسردگی» این است که افسردگی در زنان، شاخص و نشانه مقاومت آنها در برابر خاموش‌سازی خود است (Gilligan, 2010: 10). زنان به پذیرش درماندگی یا «درماندگی آموخته‌شده» روی می‌آورند و چون امیدی به نجات ندارند، نشانه‌های افسردگی در آنان نمایان می‌شود. این فرایند که در شرایط اجتماعی تنیده است، افسردگی را افزایش می‌دهد (Jack, 2011: 525).

با اینکه نظریه خودخاموشی در ابتدا برای تحلیل افسردگی زنان طرح‌ریزی شد، مطالعات بعدی نشان داد خودخاموشی تبیین افسردگی مردان را نیز دربردارد؛ اما این سازوکار درباره مردان به‌گونه‌ای است که مردان برای هم‌نوایی با کلیشه‌های جنسیتی مردانه مانند کنترل و عدم بروز احساساتشان، پذیرش خطرات و نشان دادن مسئولیت‌پذیری، اتکای به نفس و استقلال به «خودخاموشی» اقدام می‌کنند. مهمترین تفاوت بین خودخاموشی زنانه و مردانه این است که خودخاموشی نوع مردانه آشکارا با خلع فرهنگی قدرت ارتباط ندارد. نقش جنسیتی مردانه برای مردان خطراتی به همراه دارد؛ اما آنها را در موقعیت و مرتبه پایین‌تر اجتماعی قرار نمی‌دهد. به‌صورت کلی گفتنی است ساختار عمیق پشت رفتارهای زنانه و مردانه و مسیرهای سوق‌دهنده به سوی خودخاموشی برای زنان و

<sup>1</sup> Self esteem

<sup>2</sup> Rejection Sensitivity

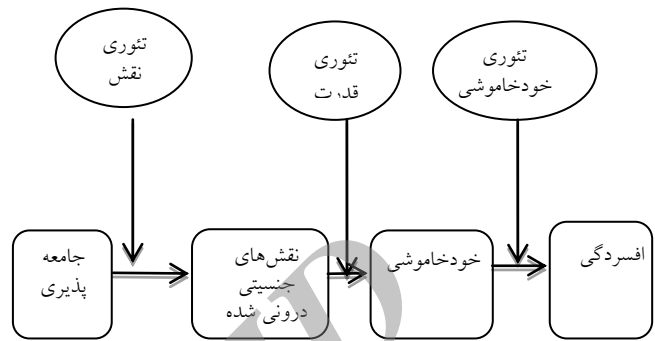
<sup>3</sup> Domains of meaning

گرفته شدن تمایلات فرد توسط خودش را موجب می‌شود. در طول زمان، این کلیشه‌ها و باورهای غالب، افراد را به سمت ساکت کردن خود سوق می‌دهد. در نتیجه، تنظیم و ارزیابی فرد بر مبنای استانداردهای مدنظر جامعه، زمینه‌ی نفی خویشتن و نوعی از خودبیگانگی در افراد می‌شود که در طول زمان به صورت افسردگی نمود بیرونی می‌یابد؛ البته فرایند منتهی به افسردگی در زنان و مردان به دلیل تفاوت‌هایی که در نوع نقش‌ها، کلیشه‌های جنسیتی احساسی، جایگاه اجتماعی و اقتصادی و در نهایت جایگاه قدرت دارند در انواع و میزان‌های مختلفی بروز می‌کند.

رویکرد اصلی این الگوی نظری بدین صورت است که تفاوت در نقش‌های اجتماعی در زنان و مردان به نوع متفاوتی از مواجهه با مشکلات و فشارهای عصبی برآمده از موقعیت‌های دشوار نقش‌ی منتج شود. زنان به دلیل ایفای نقش‌های برآمده از تقسیم کار جنسیتی در مقایسه با مردان با فشارهای بیشتری روبرو هستند. این نقش‌های جنسیتی شده، باورهایی را در خود بازتولید می‌کند که به سطوح نابرابری در فرصت‌ها و محدودیت‌های ساختاری منجر می‌شود. همچنین، همین تفاوت نقش‌ی منشأ حفظ و بازتولید نابرابری‌های جایگاه قدرت در زنان و مردان است. در واقع زنان و مردان به دلایلی که بدان‌ها اشاره شده و به دلیل نوع هویت‌یابی که بر ساخته انتظارات فرهنگی جامعه است، انگاره‌های شناختی / رابطه‌ای را در خود درونی می‌کنند که این انگاره‌ها به رفتارهای مختلف در برخورد با موضوعات رابطه‌ای در سطح خانوادگی و اجتماعی در آنها منتج می‌شود.

نادیده گرفتن خود در زنان به دلیل پایبندی به آنچه باورهای فرهنگی جامعه از آنها می‌خواهد، بی‌توجهی به عزت‌نفس و شکل‌گیری احساس «فقدان خویشتن» در آنها را موجب شده است. ساکت کردن ناخواسته و بنا به تعریف فرهنگ جامعه و قضاوت درباره عملکردهای خود باتوجه به باورها و استانداردهای بیرونی در طول زمان، نوعی نارضایتی درونی را موجب شده که پیامد نهایی آن به شکل افسردگی

بین شخصی است که تبیین‌کننده افسردگی در افراد است؛ اما خودخاموشی، متغیر میانی الگوی ساخته شده در این مقاله است؛ زیرا متغیر مستقل اصلی، نقش‌های جنسیتی درونی شده است.



شکل ۲- الگوی نظری محقق ساخته

سازوکارهای درون شکل ۲ بدین صورت است که زنان و مردان به دلیل ایفای نقش‌های مختلف، فشارهای عصبی متفاوتی متحمل می‌شوند که خود برآمده از تفاوت جایگاه‌های اجتماعی متفاوت برای زنان و مردان است. تفاوت در نقش‌ها و جایگاه‌های برآمده از تقسیم کار ناشی از شرایط اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، تفاوت‌های جنسی- جسمی پنهان و نابرابری و محرومیت‌های اجتماعی در زنان و مردان را موجب می‌شود. نابرابری در فرصت‌ها و محدودیت‌های ساختاری سهم تعیین‌کننده‌ای در چگونگی تعریف نقش‌های جنسیتی دارد. این امر، زمینه بازتولید و حفظ نابرابری‌های قدرت در دو جنس می‌شود. در چیدمان علل منتهی به افسردگی و همچنین تفاوت‌ها در فرهنگ احساسی و اجتماعی شدن احساسی در زنان و مردان، بازتولید احساسات جنسیتی متفاوت و در نتیجه برخورداری از ابزارهای متفاوت اعمال قدرت یا سلطه در زنان و مردان را موجب خواهد شد. در نتیجه چنین فرایندهایی کلیشه‌های جنسیتی در هر دو جنس درونی شده است و تنظیم رفتارها براساس تعریف ساختارهای اجتماعی و فرهنگی جامعه را سبب می‌شود. این تنظیمات رفتاری و عملکردی در خویشتن بر مبنای تعریف برآمده از فرهنگ جامعه، کم رنگ شدن خود درونی و نادیده

عنوان کندکننده حرکت جامعه در مسیر توسعه در نظر گرفته می‌شود.

باتوجه به اینکه افسردگی یکی از شایع‌ترین اختلالات روانی است، هزینه‌های فردی و اجتماعی بسیاری را به جامعه تحمیل می‌کند. از سوی دیگر مطابق آمارهای موجود، میزان اختلالات روانی و به‌طور خاص، افسردگی در ایران در حال افزایش است<sup>۱</sup>؛ در نتیجه، انجام مطالعات میان‌رشته‌ای می‌تواند در این حیطة راهگشا باشد و به حل این مشکل کمک کند.

در این راستا توجه به تحلیل اجتماعی تفاوت‌های جنسیتی در افسردگی بسیار ضروری است؛ زیرا نگاه علوم پزشکی و رفتاری به تفاوت‌های مردان و زنان در افسردگی به تنهایی ناقص است و دیدگاه جامعه‌شناسانه مکمل بوده و نقش مهمی در پیشگیری و درمان افسردگی بازی کرده است.

این امر درحالی است که استفاده گسترده از «داروهای روان‌گردان» در روان‌پزشکی معاصر، بازتاب پذیرش تبیین‌های زیستی اختلال روانی هستند (تاسیگ، ۱۳۸۶: ۳۴۸). در ایران نیز رویکرد مسلط به اختلالات روانی، رویکرد روان‌پزشکی است. در صورتی که رویکرد دارودرمانی، مسئله بیمار را به‌طور جدی و کامل حل نمی‌کند و در بسیاری از موارد صرفاً صورت مسئله را پاک می‌کند. بیمار که برای مدتی دارو مصرف می‌کند، به‌ظاهر بهبود می‌یابد؛ اما مدتی بعد دوباره دچار افسردگی می‌شود. این بدان علت است که آن دسته از محرک‌های محیطی که به افسردگی او منجر شده بودند با دارو از بین نرفته‌اند؛ بلکه بیمار به‌علت اثرات دارو در زمان مصرف تا حدی آن محرک‌ها را نادیده گرفته است. این درحالی است که رویکرد جامعه‌شناسی و روان‌شناسی اجتماعی به اختلالات روانی و افسردگی به شناخت‌درمانی و رفع ریشه‌های بین فردی و اجتماعی افسردگی کمک می‌کند.

در مقاله حاضر از زوایای مختلف رویکردهای

متوجه جامعه است. خاموش کردن خویشتن مانعی بر عملکردهای خودانگیخته فردی است که در نتیجه آن، سرکوب، تقطیع، خشم و اندوه پدید می‌آید. این امر، زمینه بروز از خود بیگانگی، تقطیع و در نهایت افسردگی در زنان و مردان است. نکته مهم آن است که مردان به‌دلیل تفاوت‌هایی که در نقش‌های اجتماعی، جایگاه قدرت و کلیشه‌های جنسیتی نقش‌دارند سطح متفاوتی از افسردگی را تجربه می‌کنند؛ اما به همین دلایلی که در پیوند با هنجارهای درونی شده بر ساخته از نیاز فرهنگی ساختاری کلان است، آنها نیز درگیر با این مسئله هستند. مردان نیز برای هم‌نوایی با کلیشه‌های جنسیتی سنتی مردانه در شکل بروز ندادن احساسات به خاموش کردن خود مجبور هستند. در واقع زنان و مردان به‌صورت‌های مختلف، گرفتار قدرت ساختارهای حاکم بر جامعه هستند.

#### نتیجه، جمع‌بندی و بحث

توجه به راهکارهای درمان و پیشگیری اختلالات روانی از جمله افسردگی، بسیار ضروری است؛ زیرا اختلالات روانی تأثیرات مخرب و گسترده‌ای بر جامعه می‌گذارند. یکی از پیامدهای اختلالات روانی در جامعه، بار اقتصادی است که اختلالات روانی به جامعه تزریق می‌کند. اختلالات روانی از جمله افسردگی، هزینه‌های اقتصادی مستقیم از قبیل بار مالی اقدامات تشخیصی، درمان، بازتوانی و ... دارند؛ اما هزینه‌های اقتصادی مستقیم این اختلالات در برابر هزینه‌های غیرمستقیم اقتصادی و اجتماعی آنها بسیار ناچیز است. اختلالات روانی هزینه‌های غیرمستقیم از قبیل کاهش توان فردی، کاهش نیروی مولد جامعه، بار خانوادگی، آسیب‌های اجتماعی، افزایش میزان از کارافتادگی، کاهش نیروی مولد جامعه، کاهش مشارکت و سرمایه اجتماعی، افزایش انزوا و ... را به جامعه تحمیل می‌کنند (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۹۱). در واقع اختلالات روانی، سطح کیفیت زندگی در جامعه را کاهش می‌دهند. به‌عبارت‌دیگر، اختلالات روانی به

<sup>۱</sup> در سال ۱۳۸۴ اختلالات روانی ۱۰٪ از کل بار بیماری‌ها را شامل شده است که افسردگی عامل اول در این زمینه بوده و ۲۶٪ اختلالات روانی مختص به افسردگی بوده است (برنامه جامع ارتقای سلامت روان کشور، ۱۳۹۰)

یا نارضایتی از زندگی مشترک است؛ زیرا فرد به قصد نگاه‌داشت رابطه، خودخاموشی می‌کند؛ اما در نتیجه این خودخاموشی، رابطه او خراب می‌شود (Gilligan, 2010: 11). از طرف دیگر خود فرد خودخاموش‌کننده نیز قربانی و دچار افسردگی می‌شود. در اینجا فرد می‌خواهد رابطه‌اش را به هر قیمتی نجات دهد؛ اما رابطه‌اش را از دست می‌دهد و خود را نیز قربانی می‌کند. در واقع خودخاموشی، آفتی برای خانواده و کیفیت روابط در خانواده است و در حالت شدید آن به‌مرور کیان خانواده را به خطر می‌اندازد و فروپاشی خانواده را سبب می‌شود؛ زیرا فرد خاموش‌کننده امکان گفتگو را از بین می‌برد و نظرات خود را ابراز نمی‌کند تا براساس اختلاف نظرها گفتگو صورت بگیرد. سازش بدون پذیرش و توجیه‌شدن، کیفیت روابط زناشویی را به خطر می‌اندازد. اگر بپذیریم که خانواده به‌عنوان نخستین کارگزار اجتماعی کردن، یکی از مهم‌ترین نهادهای اجتماعی جامعه است، هر آنچه تهدیدکننده ثبات و پایداری نهاد خانواده باشد، با اهمیت و درخور مطالعه و بررسی است. در این زمینه، این دیدگاه راهگشا است؛ زیرا اگر افراد در درونی کردن نقش‌های جنسیتی افراط نکنند و فشارهای اجتماعی در این زمینه کم شود، پیش‌بینی می‌شود میزان افسردگی و خودخاموشی پایین می‌آید و کم‌شدن این امر به کاهش میزان طلاق کمک می‌کند و به استحکام و تقویت خانواده در ایران منجر می‌شود؛ اما این امر به ورود «خودخاموشی» به مرزهای علوم داخلی و فربه‌شدن ادبیات پژوهشی در این زمینه نیازمند است.

نکته دیگری که در این مقاله به آن اشاره شده است، قدرت تبیینی نظریه خودخاموشی در تبیین افسردگی مردان است. این مقاله ادعا دارد الگوی نظری ساخته‌شده محقق، قدرت برطرف‌کردن تناقضات نتایج مطالعات تجربی رابطه بین خودخاموشی و افسردگی را دارد؛ زیرا در این زمینه نیز نتایج ضد و نقیضی حاصل شده است. برخی از این پژوهش‌ها نشان داده‌اند خودخاموشی در زنان بیشتر از مردان است (Jack, 2010 & Gratch, 1995). برخی دیگر نیز عکس این

جامعه‌شناختی به موضوع اختلالات روانی و به‌طور خاص افسردگی پرداخته شد که مدنظر این مطالعه بود و در نهایت با تلفیق سه نظریه «نقش»، «قدرت و جنسیت» و «خودخاموشی» سعی شد تا سازوکارهای پیونددهنده تفاوت‌های جنسیتی درونی‌شده در افراد با افسردگی به‌طور نظری اثبات شود.

از سوی دیگر، «خودخاموشی» متغیر اصلی این مقاله است. باید توجه کرد «خودخاموشی» مفهومی نو در مطالعات افسردگی در مقیاس جهانی است و گفتنی است در مطالعات داخلی، افسردگی تقریباً متغیری ناشناخته است و فقط چند مطالعه با رویکرد روان‌شناسی در این زمینه انجام شده است؛ زیرا اگرچه اصطلاح خودخاموشی، نظریه و مقیاس آن تا به حال در ۱۰۰ مطالعه منتشرشده در ۱۸ کشور استفاده شده است (Jack & Ali, 2010: 11)؛ اما تا جایی که نگارنده جستجو کرده است در این زمینه تاکنون پژوهش‌های تحلیلی در کشور با رویکردهای جامعه‌شناختی و دیگر علوم مربوط به حیطه افسردگی انجام نشده است و شاید به جرأت بتوان گفت هنوز این اصطلاح و نظریه به‌طور جدی وارد مرزهای علوم در ایران نشده است. بنابراین، پژوهش در این زمینه می‌تواند دریچه‌ای جدید و رویکردی نو برای تحلیل و حتی درمان افسردگی باشد، مرزهای دانش داخلی را گسترش دهد، بابتی جدید را در نگاه به افسردگی و درمان آن بگشاید و الهام‌بخش تولید ادبیات در این حوزه شود.

نکته مهم درباره مفهوم «خودخاموشی» این است که این متغیر، افسردگی را تبیین می‌کند و همچنین در مطالعات انجام‌شده در این زمینه با متغیرهای متفاوتی نظیر «خودگمشدگی<sup>۱</sup>»، «خودکم‌پنداری<sup>۲</sup>»، «نارضایتی زناشویی»، «دل‌بستگی ناایمن و ناپایدار<sup>۳</sup>»، «شرایط نامناسب دوران کودکی» و ... در ارتباط گذاشته شده است (Jack & Ali, 2010: 11).

در واقع «خودخاموشی»، متغیر مهمی نیز در زمینه رضایت

<sup>1</sup> loss of self

<sup>2</sup> low self-esteem

<sup>3</sup> insecure attachment

- آگاه‌سازی و آموزش زنان در رابطه با علائم، علل و پیامدهای افسردگی از طریق رسانه‌ها، ادارات و مراکز فرهنگی
- آگاه‌سازی در زمینه آشنایی با مفهوم «خودخاموشی» و تفکیک تمایزات خودخاموشی با «ایثار» و «فداکاری»
- آموزش مهارت‌های گفتگو و ارتباط بدون خشونت و خودخاموشی به زوجها
- فرهنگ‌سازی در زمینه توانمندسازی روانی زنان
- افزایش آموزش‌های مهارت حل مسئله (برای کاهش میزان درماندگی آموخته‌شده)
- آموزش «کرامت نفس» و ترویج روش‌های فرزندپروری با محوریت حفظ و ارتقای عزت نفس کودکان
- انجام پیمایش‌های ملی سنجش سلامت روان برای انجام سیاست‌گذاری‌های درست
- ساخت برنامه‌هایی برای کاهش کلیشه‌های جنسیتی منفی و ناتوان‌کننده برای کودکان
- ارائه برنامه‌های فرهنگی و رسانه‌ای برای کاهش کلیشه‌های جنسیتی منفی در زوج‌های جوان.

#### منابع

- آبوت، پ. و والاس، ک. (۱۳۸۰). *جامعه‌شناسی زنان*، ترجمه: نجم عراقی، م.، تهران: نشر نی.
- اسلامی، ع. (۱۳۸۱). «میزان افسردگی دانشجویان رشته پزشکی دانشگاه علوم پزشکی گرگان و رابطه آن با نحوه گذراندن اوقات فراغت»، *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی گرگان*، دوره ۴، ش ۹، ۵۲-۵۹.
- تاسیگ، م.؛ میکلو، ج. و سوبدی، س. (۱۳۸۶). *جامعه‌شناسی بیماری‌های روانی*، ترجمه: عبداللهی، ا.، تهران: انتشارات سمت.
- حسینی، م. (۱۳۹۰). «افسردگی و عوامل آن»، *فصلنامه مدیریت*، ش ۸، ص ۹۶-۱۱۵.
- خمسه، ا. (۱۳۸۶). «بررسی رابطه میزان افسردگی و

موضوع یعنی خودخاموشی بیشتر در مردان نسبت به زنان را گزارش کرده‌اند (Cramer & Thoms, 2003 & Duarte & Thompson, 1998). همچنین پژوهش‌هایی نبود تفاوت معنادار متغیر خودخاموشی در دو جنس را نشان داده‌اند (Besser et al., 2003 & Spratt et al., 1998). در این مقاله، این تناقضات با ورود متغیر میزان نقش‌های جنسیتی درونی‌شده (میزان زن‌بودگی و مردبودگی) به تحلیل حل شده و این فرض مطرح شده است افرادی که صرفاً نقش‌های جنسیتی زنانه را درونی کرده‌اند و افرادی که صرفاً نقش‌های جنسیتی مردانه را درونی کرده‌اند، خودخاموشی بیشتری نسبت به افرادی دارند که نقش‌های جنسیتی زنانه و مردانه را به‌صورت توأمان درونی کرده‌اند. اهمیت این اثبات نظری این است که تا جایی که نگارنده جستجو کرده، هیچ پژوهشی با این ترکیب نظری انجام نشده است و متغیر خودخاموشی در مقیاس جهانی با نقش‌های جنسیتی درونی‌شده در ارتباط گذاشته نشده است. در پایان گفتنی است تفکیک نقش‌های جنسیتی زنانه و مردانه در جامعه ایرانی هنوز پابرجا و پررنگ است و «خودخاموشی» در فرهنگ ایرانی معادل فداکاری و ایثار، تفسیر و یک ارزش مثبت به‌خصوص برای زنان تلقی می‌شود؛ بنابراین، مطالعاتی که خودخاموشی و اختلالات روانی نظیر افسردگی را با در نظر گرفتن نقش‌های جنسیتی تبیین می‌کنند، در زمینه راهکارهای درمانی نیز بسیار مفید واقع می‌شوند و از طریق ارتقای مهارت‌های فردی و رابطه‌ای، نیاز و وابستگی به دارودرمانی در حیطه افسردگی در کشور را کاهش می‌دهند. از سوی دیگر با توجه به اینکه پژوهش حاضر، رویکردی جامعه‌شناختی به مبحث افسردگی و خودخاموشی داشته است، شاخه‌های مختلف جامعه‌شناسی از قبیل جامعه‌شناسی جوانان، جامعه‌شناسی جنسیت، جامعه‌شناسی اختلالات روانی و جامعه‌شناسی توسعه می‌توانند از نتایج این مطالعه منتفع شوند. همچنین با توجه به نتایج مطالعه، پیشنهادات سیاستی زیر برای کاهش خودخاموشی، افسردگی و تعدیل نقش‌های جنسیتی ارائه می‌شوند:

- اسلامی ایران، تهران: انستیتو روان‌پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران.
- هولمز، م. (۱۳۸۷). جنسیت در زندگی روزمره، ترجمه: لیبی، م.م.، تهران: نشر افکار.
- Ali, A. & Toner, B. (2001) "Symptoms of Depression Among Caribbean Women and Caribbean-Canadian Women: An Investigation of Self-Silencing and Domains of Meaning". *Psychology of Women Quarterly*, 25:175-180.
- Alexander, M.G. wendy, W. (2000) Women, men, and positive emotions: A social role interpretation IN Fischer, Agneta H, *Gender and emotion: social psychological perspectives*, Cambridge University Press: 189-211
- Angst, J. (2002) "Gender Differences in Depression", *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 252(5): 201-209.
- Aneshensel, C. S. Phelan, Jo C. (2006) The Sociology of Mental Health: Surveying the Field IN Aneshensel, Carol S. ; Phelan, Jo C., *Handbook of the Sociology of Mental Health*, United States of America , Springer: 3-18
- Blee, Kathleen M. (1985) "Women of the Depression: Caste and Culture in San Antonio", *Contemporary Sociology*, 14: 78-80.
- Bell, D. (2003) "Poverty, Inequality, and Discrimination as Sources of Depression among U.S Women", *Psychology of Women Quarterly*, 27(2): 101- 113.
- Besser, A. Flett, G. L. & Davis, R. A. (2003) "Self-Criticism, Dependency, Silencing the Self, and Loneliness: A Test of A Medial Model", *Personality & Individual Differences*, 35:1735-1752.
- Bem, S. (1981) "Gender Schema Theory: A Cognitive Account of Sex Typing", *Psychological Review*, 88(4): 354-364.
- Brown, A.C. (2000) "Rural Black Women and Depression: A Contextual Analysis", *Journal of Marriage and Family*, 62(1): 187-198
- Brody, L.R. (2000) The socialization of gender differences in emotional expression: Display rules, infant temperament, and differentiation IN Fischer, Agneta H, *Gender and emotion: social psychological perspectives* , Cambridge University Press: 24-48
- Chew, J. (2007) "Not Just the Moody Blues: Understanding Women's Depression", *Psychology of Women Quarterly*, 31(2): 223-234
- Chonody, J.M. Siebert, D.C. (2008) "Gender Differences in Depression : A Theoretical Examination of Power, Affilia". *Journal of*
- طرح‌واره‌های نقش جنسیتی در دانشجویان متأهل: مقایسه زنان و مردان دانشجو»، فصلنامه خانواده و پژوهش، دوره ۱، ش ۱، ص ۱۲۹-۱۴۷.
- ربانی خوراسگانی، ع. و کیانپور، م. (۱۳۸۸). «جامعه‌شناسی احساسات»، مجله جامعه‌شناسی کاربردی، دوره ۲۰، ش ۲، ص ۳۵-۶۴.
- ریاحی، م.ا. و رهبری، ل. (۱۳۹۳). «رویکرد فرایند استرس در جامعه‌شناسی سلامت روان: مطالعه جامعه‌شناختی استرس»، مجله مطالعات اجتماعی ایران، دوره ۸، ش ۱، ص ۵۱-۸۶.
- زارع‌پور، ف. (۱۳۹۱). «بررسی میزان افسردگی و رابطه آن با ورزش در زنان بالای ۲۰ سال»، مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، دوره ۲۰، ش ۱، ص ۷۲-۶۴.
- کریمی، م. (۱۳۸۹). «اثر بخشی درمان مرور زندگی بر کاهش شدت افسردگی زنان سالمند»، مجله سالمندی ایران، دوره ۵، ش ۱۶، ص ۴۱-۴۵.
- کوکرین، ر. (۱۳۷۶). «مبانی اجتماعی بیماری‌های روانی، ترجمه: نجاریان، ب. و براتی سده، ف.، تهران: انتشارات رشد.
- گولومبوک، س. (۱۳۹۳). رشد جنسیت، ترجمه: شرآرای، م.، تهران: نشر ققنوس.
- مژده، ف. (۱۳۹۲). «ارتباط بین افسردگی و شاخص عملکرد جنسی در زنان متأهل»، مجله علمی دانشکده پرستاری و مامایی هم‌مدان، دوره ۲۱، ش ۱، ص ۴۱-۴۸.
- وایت، ک. (۱۳۹۱). «درآمدی بر جامعه‌شناسی سلامت و بیماری، ترجمه: ناصری‌راد، م.، تهران: انتشارات حقوقی.
- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. (۱۳۹۱). برنامه جامع ارتقای سلامت روان کشور (۱۳۹۰-۱۳۹۴) مبتنی بر نقشه تحول نظام سلامت جمهوری

- Mental Health*, United States of America , Springer: 57-80.
- Hurst, R. Ca, J. (2013) "Perceived Sexism, Self-Silencing, and Psychological Distress in College Women", *Sex Roles*, 68:311– 320.
- Jack, D.C. Alisha, A. (2010) *Silencing the Self across Cultures: Depression and Gender in the Social World*, New York, Oxford University Press.
- Jack, D. C. (2011) "Reflections on the Silencing the Self Scale and Its Origins", *Psychology of Women Quarterly*, 35(3):523-529
- Kaplan, M. Marks, S. (1995) "Appraisal of Health Risks: The Roles of Masculinity, Femininity, and Sex", *Sociology of Health & Illness*, 17(2):206-221.
- Kemper, T. D. (2006) Power and Status and the Power-Status Theory of Emotions Emotions IN Stets, Jan; Turner, Jonathan H, *Handbook of the Sociology of Emotions*, United States, Springer:87-111
- Knox, M. Carey, M. and K. Wun, J. (2003) "Aggression in Inpatient Adolescents: The Effects of Gender and Depression", *Youth Society* , 35 (2): 226-242
- Lambert, KG. (2006) "Rising Rates of Depression in Today's Society: Consideration of The Roles of Effort-Based Rewards and Enhanced Resilience In Day-To-Day Functioning". *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 30(4): 497–510
- Lafontant, T. B. (2007) "You Have to Show Strength: An Exploration of Gender, Race, and Depression", *Gender and Society*, 21(1): 28-51.
- Liang, Y. (2013) "Gender Differences in Rural China Family Environment and Depression: A Population-Based Analysis", *Journal of Family*, XX(X): 1 –20.
- Mirowsky, J. (1996) "Age and the Gender Gap in Depression", *Journal of Health and Social Behavior*, 37(4):362-380.
- Mirowsky, J. and Ross Catherine, E. (1996) "Sex Differences in Distress: Real or Artifact Source." *American Sociological Review*, 60(3): 449-468
- Morrison, L. (2008) "Mental Health among Taiwanese Americans: Gender, Immigration, and Transnational Struggles", *Contemporary Sociology: A Journal of Reviews*, 37: 169-171
- Mohammadi, A. (2011) "Comparison of Postpartum Depression of Working Women and Housewives and its Relationship with Social Support and Marital Adjustment", *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 30 : 1837 – 1839.
- Women and Social Work*, 23(4):338-348
- Carlson, D.L. (2011) "Parenthood, Life Course Expectations, and Mental Health", *Society and Mental Health*, 1(1): 1-20
- Caputo, J. (2013) "Physical Limitation and Emotional Well-Being: Gender and Marital Status Variations", *Journal of Health and Social Behavior*, 54(2): 241–257
- Cramer, K. M. & Thoms, N. (2003) "Factor Structure of The Silencing The Self Scale in Women and Men", *Personality & Individual Differences*, 35:525-535.
- Cramer, K.M. Gallant, M.D. & Langlois, M.W. (2005) "Self-Silencing and Depression in Women and Men: Comparative Structural Equation Models". *Personality and Individual Differences*, 39: 581-592.
- Carr, J. G. Gilroy, F. D. & Sherman, M. F. (1996) "Silencing the Self and Depression among Women: The Moderating Role of Race". *Psychology of Women Quarterly*, 20:375-392.
- Duarte, L. M. & Thompson, J. M. (1998) "Sex Differences in Self-silencing". *Psychological Reports*, 85: 145-161.
- Eagly, A.H. Wood, W. Johannesen-Schmidt, M. C. (2004) Social Role Theory of Sex Differences and Similarities: Implications for the Partner Preferences of Women and Men, IN Eagly, Alice H; Beall ,Anne E ; Sternberg, Robert J, *The psychology of gender*, New York: Guilford Press: 269-296
- Ferrari, A.J. Charlson, F.J. Norman, R.E. Patten, S.B. Freedman, G. (2013) "Burden of Depressive Disorders by Country, Sex, Age and Year: Findings from the Global Burden of Disease Study 2010". *PLoS Med* 10(11): 1-12.
- Fischer, A.H. Manstead, A.S.R. (2000) The relation between gender and emotion in different cultures IN Fischer, Agneta H, *Gender and emotion: social psychological perspectives* , Cambridge University Press: 71-97.
- Grant(2002), Gender differences in rates of depression among undergraduates: measurement matters, *Journal of Adolescence*, 25(6): 613–617
- Gilligan, C. (2010) preface IN: Jack, Dana C, Alisha Ali(2010), *Silencing the Self across Cultures: Depression and Gender in the Social World*, New York, Oxford University Press.
- Harper, M. S. Dickinson, J. W. & Welsh, D. P. (2006) "Self-Silencing and Rejection Sensitivity in Adolescent Romantic Relationships". *Journal of Youth and Adolescence*, 35: 459-467.
- Horwitz, A.V. (2006) The Sociological Study of Mental Illness A Critique and Synthesis of Four Perspectives, IN Aneshensel, Carol S. ; Phelan, Jo C., *Handbook of the Sociology of*



- Umberson, D. Wortman Camille, B. and Kessler Ronald, C. (1992) "Widowhood and Depression: Explaining Long-Term Gender Differences in Vulnerability", *Journal of Health and Social Behavior*, 33(1): 10-24.
- Valkonen, J. and Hänninen, V. (2012) "Narratives of Masculinity and Depression", *Men and Masculinities*, 16 (2): 160-180.
- Nolen hoeksema, S. (2003) "Women and Depression : Introduction", *Psychology of Women Quarterly*, 27 : 89-90.
- Roxburgh, S. (2009) "Untangling Inequalities: Gender, Race and Socioeconomic Differences in Depression", *Sociological Forum*, 24(2): 357-381.
- Rogers, A. Pilgrim, D. (2005) *A sociology of mental health and illness*, New York, Open University Press.
- Rosenfield, S. (2006) Splitting the Difference Gender, the Self, and Mental Health, IN Aneshensel, Carol S. ; Phelan, Jo C., *Handbook of the Sociology of Mental Health*, United States of America , Springer: 209-224
- Rosenfield, S. Smith, D. (2010) Gender and mental health: do men and women have different amounts or types of problems? IN :Scheid Teresa & Brown tony; *A Handbook for the study of mental health*, New York, Cambridge University Press: 256-268
- Roxburgh, S. (2009) "Untangling Inequalities: Gender, Race and Socioeconomic Differences in Depression", *Sociological Forum*, 24(2): 357-381.
- Spratt, C. L. Sherman, M. F. & Gilroy, F. D. (1998) "Silencing the Self and Sex as Predictors of Achievement Motivation". *Psychological Reports*, 82: 259-263.
- Simon, R.W. (1995) "Gender, Multiple Roles, Role Meaning, and Mental Health", *Journal of Health and Social Behavior*, 36: 182-194.
- Switzer Galen, E. Dew, M. Amanda, B. Evelyn, J. (2006) Issues in Mental Health Assessment, IN: Aneshensel Carol , Jo C. Phelan , *Handbook of the Sociology of Mental Health*, United States of America, Springer: 81-105
- Shields, S.A. Garner, D. N. Leone, Brooke, Di. Hadley Alena, M. (2006), *Gender and Emotion*, IN Stets, Jan; Turner, Jonathan H, *Handbook of the Sociology of Emotions*, United States, Springer.
- Stoppard, J.M. (2010) "Moving Towards an Understanding of Women's Depression", *Feminism & Psychology*, 20: 267- 271.
- Smolak, L. (2010) *Gender as Culture: The Meanings of Self-Silencing in Women and Men*, preface IN: Jack, Dana C; Alisha Ali (2010), *Silencing the Self across Cultures: Depression and Gender in the Social World*, New York, Oxford University Press: 129-147
- Swim, J. K. (2010) "Self-Silencing to Sexism", *Journal of Social Issues*, 66(3):493-507.
- Tang, T.N. (2001) "Gender Role Internalization, Multiple Roles, and Chinese Women's Mental Health", *Psychology of Women Quarterly*, 25:181- 196