

مسئله گشایی در بیماران افسرده اقدام کننده به خودکشی

دکتر حسین کاویانی*، دکتر پریسا رحیمی**

چکیده

هدف: بر پایه برخی نظریات شناختی درباره بیمار افسرده اقدام کننده به خودکشی، این بیماران به دلیل اشکال در بازخوانی از حافظه سرگذشتی قادر به مسئله گشایی مؤثر نمی شوند و در یک چرخه معیوب افسردگی - اشکال در مسئله گشایی - ناامیدی، گرفتار می آیند که نهایتاً به خودکشی می انجامد. روش: در این پژوهش دو مقیاس شناختی برای سنجش بازخوانی از حافظه سرگذشتی و چگونگی مسئله گشایی و دو مقیاس بالینی افسردگی بک و ناامیدی بک به کار گرفته شد و ۲۰ بیمار افسرده اقدام کننده به خودکشی با ۲۰ فرد سالم که از نظر سن و جنس با آنان همساز شده بودند مقایسه شدند. یافته‌ها: نتایج نشان داد که خودکشی کنندگان راه‌حل‌های کمتر و بی ربط‌تری را نسبت به گروه گواه ارائه داده‌اند. افزون بر این، همبستگی‌های معنی‌داری بین متغیرهای مسئله‌گشایی و حافظه سرگذشتی به دست آمد.

کلید واژه: مسئله گشایی، افسردگی، خودکشی، حافظه سرگذشتی، آزمون

مقدمه

مسئله گشایی به ویژه در زمینه روابط بین فردی دارند (مک لیوی^۳ و همکاران، ۱۹۸۷). وجود کمبودهای مسئله گشایی در بیماران دارای انگاره پردازی خودکشی در آزمایشگاه بالینی مورد تأیید قرار گرفته است (کاویانی، رحیمی در آباد، نقوی، ۱۳۷۸ ب؛ کاویانی، رحیمی در آباد، نقوی، ۲۰۰۱). کمبودها و کاستی‌های موجود در مسئله گشایی هنگامی اهمیت بیشتری می‌یابد که رخداد گسترده رویدادها و

بسیاری از پژوهشگران روان‌شناسی شناختی بر نقش مسئله گشایی نارسا در ساختار شناختی افسرده‌ها تأکید نموده‌اند (پیکل^۱، ۱۹۷۵). بررسی‌ها نشان داده‌اند که فرآیند مسئله گشایی^۲ در بیماران افسرده درگیر استرس‌های زیاد دچار مشکل است. افزون بر آن یافته‌های پژوهشی نشان داده‌اند که بسیاری از اقدام‌کنندگان به خودکشی، کمبودهایی در مهارت‌های

* دکترای تخصصی روان‌شناسی بالینی، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی تهران. تهران، خیابان کارگر جنوبی، بیمارستان روزبه، گروه روانپزشکی و روانشناسی بالینی، ک.پ. ۱۳۱۸۵ (نویسنده مسئول).

** پزشک عمومی، دانشگاه تورونتو، کانادا.

بحران‌های زندگی بیماران افسرده در نظر گرفته شود. به باور بک^۱، راش^۲، شاو^۳، امری^۴ (۱۹۷۹) بین گفته‌های بیش - کلی‌گرایی^۵ بیماران افسرده اقدام کننده به خودکشی و مشکلات مسئله‌گشایی در آنها بایستی پیوندی وجود داشته باشد. بعدها، این فرضیه توسط ایوانز^۶، ویلیامز^۷، الاکلین^۸، هاولز^۹ (۱۹۹۲) آزمون شد. آنها تلاش کردند تا ارتباط احتمالی بین بازخوانی^{۱۰} بیش - کلی‌گرایی از حافظه "سرگذشتی"^{۱۱} و اشکال در مسئله‌گشایی اقدام کنندگان به خودکشی را بیازمایند. نتایج آزمایش آنها نشان دهنده یک همبستگی مثبت معنی‌دار میان راه حل‌های ناکارا و خاطرات کلی‌تر بود. آنها نتیجه گرفتند که احتمالاً "بیش - کلی‌گرایی در بازخوانی از حافظه سرگذشتی، اثر ناتوان ساز بر قدرت مسئله‌گشایی دارد. به بیان دیگر، فرد برای حل مسائل گوناگون از بانک اطلاعاتی شخصی خود سود می‌برد. چنانچه دستیابی به اطلاعات دقیق و اختصاصی این منبع دچار اشکال شود، فرد نمی‌تواند فرآیند مسئله‌گشایی را به درستی به پایان برساند. همبستگی منفی میان میزان ناامیدی و اختصاصی بودن اطلاعات فراخوانده شده از حافظه سرگذشتی، می‌تواند مؤید این موضوع باشد. این یافته‌ها در بررسی‌های دیگری هم مورد تأکید قرار گرفته است (گودارد^{۱۲}، دریتشل^{۱۳}، بورتون^{۱۴}، ۱۹۹۶ و ۱۹۹۷؛ سیدلی^{۱۵}، ۱۹۹۷).

نکارندگان این نوشتار در یک بررسی (کاویانی و همکاران، ۱۳۷۸ الف؛ کاویانی و همکاران، ۲۰۰۰) دریافته‌اند که کسانی که به خودکشی دست زده بودند (با تشخیص افسردگی اساسی بدون سیمایه‌های روان پریشی)، در پاسخ به محرک - واژه‌های^{۱۶} خوشایند، کندتر و در پاسخ به محرک - واژه‌های ناخوشایند، زودتر از گروه گواه، دست به بازخوانی از حافظه، سرگذشتی خود زده‌اند؛ آنها در بازخوانی از حافظه بیش - کلی‌گرایی عمل کردند (نسبت به گروه هم‌متا شده). مقاله حاضر به بررسی ویژگی‌های مسئله‌گشایی گروهی

روش

آزمودنی‌ها را ۲۰ بیمار افسرده (۸ مرد و ۱۲ زن) با میانگین سنی ۲۸ سال تشکیل می‌دادند که به دلیل اقدام به خودکشی در بخش‌های بیمارستان لقمان (تهران) پذیرفته شده بودند. آنها با ۲۰ آزمودنی سالم (میانگین سن = ۲۷/۶) که از نظر سن و جنس با گروه اول هم‌تاسازی شده بودند، مقایسه گردیدند. این بیماران بر اساس DSM-IV مبتلا به اختلال افسردگی اساسی (بدون سیمایه‌های روان پریشی) بودند. ارزیابی تشخیصی توسط یک روان‌پزشک صورت گرفت. آزمودنی‌های سالم نیز بر پایه معیارهایی از جمله نداشتن پیشینه آسیب‌شناسی روانی و یا آسیب مغزی برای شرکت در پژوهش برگزیده شدند.

بیماران ۳۵-۲۰ ساعت پس از اقدام به خودکشی در اثر مصرف بیش از حد دارو، آزمون شدند. نوع و میزان داروی مصرف شده توسط آنها با هیچ کدام از متغیرهای وابسته همبستگی نداشت.

ابزار پژوهش: ۱- مقیاس‌های بالینی شامل پرسشنامه افسردگی بک (بک و استیر^{۱۷}، ۱۹۸۴) و مقیاس ناامیدی بک بود که برای سنجش میزان افسردگی و ناامیدی در آزمودنیها به کار برده شد.

۲- آزمون مسئله‌گشایی وسیله - هدف برگرفته شده از آزمون مسئله‌گشایی پلت^{۱۸} و همکاران (۱۹۷۵) است که از نظر فرهنگی تعدیل شده بود. این آزمون دارای پنج موقعیت است که به صورت شفاهی خوانده

- | | |
|-----------------------------|---------------|
| 1- Beck | 2- Rush |
| 3- Show | 4- Emery |
| 5- over-general | 6- Evans |
| 7- Williams | 8- O'Loughlin |
| 9- Howells | 10- retrieval |
| 11- autobiographical memory | |
| 12- Goddard | 13- Dritschel |
| 14- Burton | 15- Sidley |
| 16- cue-words | 17- Steer |
| 18- Platt | |

۴- یک آزمون برای ارزیابی بازخوانی از حافظه سرگذشتی، شبیه به آنچه ویلیامز^۶ و برودبنت^۷ (۱۹۸۶) استفاده کردند، به مجموعه ابزارها افزوده شد. بطور خلاصه نسخه فارسی آزمون بازخوانی از حافظه سرگذشتی دارای ۱۵ محرک-واژه با بار هیجانی خوشایند، ناخوشایند و خنثی بود. در یک بررسی کویانی و همکاران (۱۳۷۸ الف) اعتبار این آزمون را برای فرهنگ ایرانی محک زدند.

برای اجرای پژوهش بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی که به تازگی به دلیل اقدام به خودکشی با استفاده از مصرف بیش از حد دارو در بیمارستان بستری شده بودند، پس از مصاحبه و سرند توسط روان پزشک، و پس از ترغیب آنها توسط آزمونگر برای شرکت در پژوهش به عنوان آزمودنی برگزیده شدند (سه بیمار از شرکت در پژوهش سرباز زدند). آزمودنی‌ها نخست به مقیاس‌های بالینی و سپس به سایر آزمون‌ها پاسخ دادند. آنگاه این آزمون‌ها در مورد آزمودنی‌های سالم نیز اجرا گردید. کل جلسه آزمایش ضبط صدا شد تا قضاوت ارزیاب دوم را نسبت به عملکرد آزمودنی‌ها امکان پذیر سازد. زمان کلی آزمایش برای هر نفر (به جز مصاحبه و ارزیابی بالینی) بین ۴۵-۳۰ دقیقه طول کشید.

یافته‌ها

ویژگی بالینی: گروه خودکشی در مقایسه با گروه سالم نمرات بالاتری در آزمون افسردگی بک (گروه خودکشی: میانگین = $36/50$ ؛ دامنه ۲۴ تا ۴۹؛ گروه گواه: میانگین = $10/30$ ؛ دامنه ۳ تا ۲۱ $p < 0/001$) و ($t = 10/19$) و در آزمون ناامیدی بک (گروه خودکشی: میانگین = $12/20$ ، دامنه ۴ تا ۲۰؛ گروه گواه: میانگین = $5/25$ ، دامنه ۱۳ تا صفر: $p < 0/05$ و $t = 2/5$)

می‌شود. از آزمودنی خواسته می‌شود تا پس از شنیدن هر یک از موقعیت‌ها، که شامل داستانی است با آغاز و پایان مشخص و میانه‌ای ناتمام، به تکمیل بخش میانی آن داستان پردازد به گونه‌ای که شخصیت داستان در پایان به نتیجه دلخواه برسد. در بررسی حاضر، شماری از مؤلفه‌های مناسب با هدف‌های پژوهش، مورد ارزیابی قرار گرفتند یعنی تأخیر زمانی تا شروع پاسخ^۱ (نخستین واژه‌ای که آزمودنی می‌گوید)؛ تعداد راه حل‌های مربوط^۲ و نامربوط^۳ (نسبت مربوط بودن^۴ راه حل‌ها با تقسیم تعداد راه حل‌های مناسب بر تعداد کل راه حل‌ها به دست آمده است) و اثربخشی^۵ راه حل‌ها. برای ارزیابی کمی میزان اثربخشی، معیارهای تعیین شده توسط ایوانز و همکاران (۱۹۹۲) به کار برده شد. برای کمی سازی اثربخشی، دو ارزیاب مستقل بر اساس یک مقیاس سه نقطه‌ای (غیراثربخش = ۰، اثربخش = ۱، بسیار اثربخش = ۲) به امر ارزیابی راه حل‌های ارائه شده برای هر موقعیت پرداختند (مجموع پنج موقعیت می‌توانست از صفر تا ۱۰ نمره گذاری شود). ضریب همبستگی بین نمرات دو ارزیاب برابر $0/81$ بود. در تجزیه و تحلیل داده‌ها میانگین نمرات ارزیاب‌ها بکار گرفته شد. روایی و پایایی نسخه فارسی آزمون مسئله گشایی وسیله-هدف در یک بررسی مقدماتی توسط نگارندگان تأیید شده بود (رحیمی، ۱۳۷۸).

۳- آزمون حافظه معنایی برای کاوش در تأثیر احتمالی کندی روانی - حرکتی ناشی از مصرف بیش از حد دارو بر عملکرد آزمودنی‌های بیمار استفاده شد. در واقع، از آزمودنی‌ها خواسته شد تا در یک فرصت یک دقیقه‌ای پس از شنیدن مقوله‌هایی مانند گل‌ها و وسایل منزل، هر تعداد مثال به ذهنشان می‌رسد، به زبان آورند.

1-latency to response onset

2- relevant

3- irrelevant

4- relevancy ratio

5- effectiveness

6- Williams

7-Broadbent

حافظه^۳ و میزان اثربخشی مسئله‌گشایی و دیگری بین اختصاصی بودن حافظه و نسبت مربوط بودن به دست آمد. جدول ۲ نمایانگر ضرایب همبستگی و سطح معنی‌داری آنهاست. این بدان معنی است که، اثربخشی پایین و مربوط بودن اندک راه‌حل‌ها همبستگی مثبتی با پیش-کلی‌گرایی در بازخوانی از حافظه سرگذشتی دارد.

جدول ۲- همبستگی‌های موجود بین اثربخشی مسئله‌گشایی و نسبت مربوط بودن با اختصاصی بودن بازخوانی از حافظه سرگذشتی در نمونه کل (N=۴۰).

مقیاس‌ها	ضریب همبستگی	سطح معنی‌داری
اثربخشی	۰/۵۸	۰/۰۰۱
نسبت مربوط بودن	۰/۶۲	۰/۰۰۱

بحث

یافته‌های این بررسی با یافته‌های ایوانز و همکاران (۱۹۹۲) مبنی بر وجود نارسایی در فرآیند مسئله‌گشایی در بیماران افسرده (اقدام‌کننده به خودکشی) و رابطه آن با بیش-کلی‌گرایی در بازخوانی از حافظه سرگذشتی، هماهنگ است و بخشی از جنبه‌های شناختی را در موقعیت فرهنگی متفاوت تأیید می‌کند. این یافته‌ها همانند یافته‌های پژوهشی کاویانی و همکاران (۱۳۷۸ الف)، کاویانی و همکاران (۲۰۰۰) در بیماران افسرده دارای افکار خودکشی است. در این بررسی اقدام‌کنندگان به خودکشی، به طور معنی‌داری افسرده‌تر و ناامیدتر از آزمودنی‌های گروه گواه بودند. افزون بر این، عملکرد اقدام‌کنندگان به خودکشی در انجام آزمون مسئله‌گشایی ناکارآمدتر از گروه گواه بود. اقدام‌کنندگان راهبردهای مسئله‌گشایی نامربوط‌تر و کمتری را ارائه دادند. کمبودهای مسئله‌گشایی در این جمعیت بالینی با وجود فراوانی مشکلات و بحران‌های زندگی در برخی بررسی‌ها گزارش گردیده است

1- paired t-test
3- memory specificity

2- Pearson

آوردند. در نمونه کلی همبستگی بالایی به دست آمد ($r=0/78$ و $p < 0/001$).

مسئله‌گشایی: برای مقایسه عملکرد دو گروه در آزمون مسئله‌گشایی، یک رشته آزمون t جفت شده^۱ انجام شد. جدول ۱ یافته‌های آماری برای مؤلفه‌های آزمون مسئله‌گشایی (تأخیر زمانی، تعداد راه‌حل‌ها، تعداد راه‌حل‌های نامربوط، نسبت مربوط بودن و اثربخشی) را برای دو گروه خودکشی‌کننده و گواه نشان می‌دهد.

در مقایسه با گروه گواه، گروه بیماران راهبردهای کمتر مؤثر، راه‌حل‌های کمتر، و راه‌حل‌های نامربوط بیشتر داشتند. افزون بر این، نسبت مربوط بودن در گروه بیمار کمتر از گروه گواه بود.

جدول ۱- میانگین، نمره t و سطح معنی‌داری نمرات دو گروه مورد بررسی در مؤلفه‌های آزمون مسئله‌گشایی وسیله-هدف

مؤلفه‌ها	میانگین گروه‌ها	درجه آزادی	نمره t	سطح معنی‌داری
اثربخشی	۲/۹	۱۹	۳/۷۳	۰/۰۱
تعداد راه‌حل‌ها نامربوط	۲/۴۵	۱۹	۴/۲۹	۰/۰۰۱
نسبت مربوط بودن	۰/۶۳	۱۹	۴/۲۹	۰/۰۰۱
تأخیر زمانی	۱۶/۷	۱۹	۲/۱۸	۰/۰۵

ارتباط مسئله‌گشایی و حافظه سرگذشتی: داده‌های پژوهش در یک تحلیل آماری به کار گرفته شد. روش همبستگی پیرسون^۲ در دو گروه به طور جداگانه هیچگونه همبستگی معنی‌دار را نشان نداد. لیکن هنگامی که داده‌های کل دو گروه در محاسبه وارد شد، دو همبستگی معنی‌دار: یکی بین اختصاصی بودن

نسبت به اثر داروها، حساس نیست) تفاوت معنی‌دار نداشت. این یافته پژوهش نشان می‌دهد که هیچ کمبود اختصاصی شناختی در پیوند با تأثیر داروها وجود ندارد.

اگرچه، بررسی کنونی دانش ما را در زمینه ارتباط خلق، رفتار خودکشی و کنش شناختی در موقعیت فرهنگی ویژه‌ای گسترش داده است، لیکن برای روشن ساختن نقش هر یک از این متغیرها بررسی‌های بیشتری باید انجام شود.

منابع

رحیمی، پریسا (۱۳۷۸). *استفاده از یک مدل تجربی (آزمایشگاهی) برای بررسی کمبودها در فرآیند بازخوانی از حافظه شخصی در اقدام کنندگان به خودکشی (مراجعه کننده به بیمارستان لقمان، تابستان، ۱۳۷۸)*. پایان نامه پزشکی عمومی: دانشگاه علوم پزشکی تهران.

کاویانی، حسین؛ رحیمی، پریسا؛ نقوی، حمیدرضا (۱۳۷۸ الف). بررسی کمبودها در بازخوانی از حافظه شخصی در اقدام کنندگان به خودکشی. *فصلنامه تازه‌های علوم شناختی*. شماره ۲ و ۳، ۲۵-۱۶.

کاویانی، حسین؛ رحیمی درآباد، مهدی؛ نقوی، حمیدرضا (۱۳۷۸ ب). نقش "حافظه سرگذشتی" و "مسئله گشایی" در افسردگی و انگاره پردازی خودکشی. *فصلنامه تازه‌های علوم شناختی*، شماره ۴، ۱۶-۸.

Bancroft, J. H., Skrimshire, A. M., Casson, J., Harvard- Watts, O., & Reynolds, F. (1977). People who deliberately poison or injure themselves: their problems and their contacts with helping agencies. *Psychological Medicine*, 7, 289-303.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive theory of depression* New York: Guilford Press.

(بنکرافت^۱ و همکاران، ۱۹۷۷؛ پیکل و همکاران، ۱۹۷۵). از دیدگاه نظری، رفتار خودکشی را می‌توان به این فرضیه ربط داد که: اختلال در دسترسی به اطلاعات اختصاصی کافی از بانک اطلاعاتی شخصی منجر به راهبردهای مسئله گشایی ناکارآمد خواهد شد که شکست فرد را در رویارویی با شرایط استرس‌آور زندگی در پی خواهد داشت. با توجه به این تبیین، می‌توان به تفسیر نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر پرداخت. این بررسی همبستگی مثبت بین بازخوانی از حافظه سرگذشتی و اثربخشی اندک در راه حل‌های معیوب را نشان داد. این یافته پژوهش در راستای دیدگاه روان‌شناسی شناختی است که مسئله گشایی معیوب را نقطه مرکزی ساختار شناختی افسرده‌ها می‌داند. بعدها بک نیز این موضوع را تأیید کرد (بک و همکاران، ۱۹۷۹).

یک پرسش اساسی می‌تواند این باشد که آیا نقص‌های موجود در کنش شناختی از جمله در بازخوانی از حافظه سرگذشتی و مسئله گشایی، یک حالت^۲ (بروز موقت یک نقص در زمان‌هایی که خلق پایین است یا در هنگام بحران) یا یک صفت^۳ (ویژگی دائمی) است؟ شاید قطعی‌ترین راه برای آزمون این پرسش پیچیده و یافتن عامل پیش‌آیند^۴، انجام یک بررسی طولی باشد.

از آنجا که آزمونگر نسبت به وضعیت آزمودنی (بیمار یا سالم) آگاهی داشته است، برای کنترل سوگیری احتمالی، ارزیابی توسط ارزیاب دوم در طرح آزمایشی در نظر گرفته شد. همبستگی بین ارزیاب‌ها نشان داد که سوگیری آزمونگر در یافته‌ها مداخله نکرده است. داروهای مصرف شده برای اقدام به خودکشی و تأثیر آنها بر جنبه‌های شناختی فرد می‌تواند مسئله آفرین باشد. مصرف بیش از حد این گونه داروها باعث خواب‌آلودگی و کندی در عملکرد آزمودنی‌ها می‌شود: این حالت می‌تواند عاملی برای کمبودهای شناختی دیده شده در این بررسی تلقی شود. با این وجود عملکرد دو گروه در آزمون حافظه معنایی (این آزمون

مجله اندیشه و رفتار- سال هفتم، شماره ۴، بهار ۱۳۸۱

1- Bancroft
3- trait

2- state
4- antecedent

solving deficits in depressed patients with and without suicide ideation. *European Journal of Psychology, in press.*

McLeavey, B. C., Daly, R. J., Murray, C. M., O'Riordan, J., & Talor, M. (1987). Interpersonal problem-solving deficits in self-poisoning patients. *Suicide and Life-Threatening Behaviour*, 17, 33-49.

Paykel, E. S., Prusoff, B. A., & Myers, J. K. (1975). Suicide attempts and recent life events: a controlled comparison. *Archives of General Psychiatry*, 32, 327-333.

Platt, J., Spivack, G., & Bloom, W. (1975). *Manual for the means-ends problem-solving skill*. Philadelphia: Hahnemann Community MH/MR Center.

Sidley, G. L., Whitaker, K., Calpm, R. M., & Wells, A. (1997). The relationship between problem-solving and autobiographical memory in parasuicide patients. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 25, 195-202.

Williams, J. M. G., & Broadbent, K. (1986). Autobiographical memory in attempted suicide. *Journal of Abnormal Psychiatry*, 95, 144-149.

Beck, A. T., Streer, (1984). Beck Depression Inventory. New York.: *The Psychological Corporation.*

Blaney, P. H. (1986). Affect and memory: A review. *Psychological Bulletin*, 99, 229-246.

Evans, J., Williams, J. M. G., O'Loughlin, S., & Howells, K. (1992). Autobiographical memory and problem-solving strategies of parasuicide patients. *Psychological Medicine*, 22, 399-405.

Goddard, L., Dritschel, B., & Burton, A. (1996). Role of autobiographical memory in social problem-solving and depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 105, 609-916.

Goddard, L., Dritschel, B., & Burton, A. (1997). Social problem solving and autobiographical memory in non - clinical depression. *British Journal of Clinical Psychology*, 36, 449-451.

Kaviani, H., Naghavi, H. R., & Rahimi, P. (2000). Autobiographical memory retrieval deficits and problem-solving strategies of Iranian parasuicidal patients. *International Journal of Psychology*, 35, 10315.03.

Kaviani, H., Rahimi-Darabad, M. & Nagavi, H. R. (2001). Autobiographical memory and problem-