



عملکرد حافظه‌ی سرگذشتی و مسئله‌گشایی در پیوستار زندگی - مرگ : پژوهشی در بیماران افسرده

دکتر حسین کاویانی*

چکیده

مقدمه: هدف این پژوهش، بررسی ارتباط میان کلی‌گرایی در بازخوانی از حافظه‌ی سرگذشتی در افراد افسرده و کارایی اندک در راهبردهای مسئله‌گشایی، بوده است.

مواد و روش کار: این بررسی، کاوشی است در یافته‌های چند بررسی پیشین که موضوع بازخوانی از حافظه‌ی سرگذشتی و فرآیند مسئله‌گشایی را در گروه‌های سالم ($n=20$)، افسرده‌ی بدون افکار خودکشی (انگاره‌ناپرداز خودکشی، $n=20$)، افسرده‌ی دارای افکار خودکشی (انگاره‌پرداز خودکشی، $n=20$) و افسرده‌ی اقدام‌کننده به خودکشی ($n=20$)، ارزیابی نموده‌اند. پی‌گیری روند تغییرات این جنبه‌های شناختی در پیوستار سالم-افسرده-انگاره‌پرداز خودکشی-اقدام‌کننده به خودکشی، و ارتباط احتمالی آنها، می‌تواند تصویر روشن‌تری در این زمینه ارائه دهد.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان دادند که هرچند بین گروه‌های سالم و انگاره‌ناپرداز از یک سو و گروه‌های انگاره‌پرداز و اقدام‌کننده‌ی خودکشی از سوی دیگر، تفاوت معنی‌داری وجود دارد، لیکن تفاوت میان عملکرد انگاره‌پردازان و اقدام‌کنندگان خودکشی در آزمایش‌های بازخوانی سرگذشتی و راهبردهای مسئله‌گشایی ناچیز است.

نتیجه‌گیری: فزونی گرفتن میزان ناامیدی، با افزایش بیش-کلی‌گرایی در بازخوانی از حافظه‌ی سرگذشتی در پاسخ به محرک-واژه‌های خوشایند، همراه است.

:

افراد دارای شناختارهای کارآمد دچار اختلال می‌شدند، آن‌گاه به شرط آن‌که عوامل مؤثر دیگر کنترل شده باشند، با احتیاط می‌توان این فرض را پذیرفت که "اختلال، ناشی از شناختار ناکارآمد است". هم‌چنین اگر بتوان در چهارچوب یک الگوی تجربی دیگر، شناختارهای ناکارآمد را به آزمودنی‌ها آموخت و اثر آن را بر خلق فرد (در مقایسه‌ی داوطلبان با گروه گواه که شناختارهای اولیه‌ی آنها دستکاری نشده است) بررسی کرد، نیز شاید بتوان این فرض را تأیید نمود.

نگارنده و همکاران در چند پژوهش پیشین به بررسی کمبودها در حافظه‌ی سرگذشتی و مسئله‌گشایی در افراد سالم، بیماران افسرده‌ی بدون افکار خودکشی، بیماران افسرده‌ی دارای افکار خودکشی و افسرده‌های اقدام به خودکشی کرده، پرداخته‌اند (کاوایانی و رحیمی، ۱۳۸۱؛ کاوایانی، رحیمی درآباد و نقوی، ۱۳۷۸؛ کاوایانی، رحیمی و نقوی، ۲۰۰۵). این پژوهش کوشیده است با بررسی مطالعات بالا، سیمای گسترده‌تری از تغییرات "شناخت-هیجان" در پیوستار "سلامت-افسردگی-فکر خودکشی-اقدام به خودکشی" به دست دهد.

چهار گروه از آزمودنی‌ها در این بررسی شرکت داشتند.

گروه اقدام به خودکشی^{۲۴}: این گروه شامل ۲۰ بیمار افسرده (۱۲ مرد و ۸ زن؛ میانگین سن، ۲۸/۰۵ سال) بود که با مصرف بیش از حد دارو اقدام به خودکشی

چندی است که پیوند میان بازخوانی از حافظه‌ی سرگذشتی و چگونگی مسئله‌گشایی، موضوع بحث برخی از روانشناسان شناختی بوده است (ویلیامز^۱ و هولان^۲، ۱۹۸۱). نظریه‌ی زیرساز تبیین‌کننده‌ی این پیوند، بر این فرض استوار است که فرد برای مسئله‌گشایی درست نیازمند دستیابی به بانک اطلاعاتی حافظه‌ی سرگذشتی است. از این رو هر اشکالی بر سر راه بازخوانی اطلاعات دقیق از حافظه‌ی سرگذشتی، احتمال شکست در مسئله‌گشایی توسط فرد را افزایش می‌دهد (ویلیامز و برودبنت^۳، ۱۹۸۶). تاکنون تلاش‌های تجربی برای تأیید این پیوند در شرایط بالینی، دستاورد دلخواه را به دنبال نداشته است (ایوانز^۴، ویلیامز، اولوگین^۵ و هوولز^۶، ۱۹۹۲؛ گودارد^۷، دریتشل^۸ و بورتون^۹، ۱۹۹۶ و ۱۹۹۷؛ سیدلی^{۱۰}، ویتکر^{۱۱}، کالام^{۱۲} و ولز^{۱۳}، ۱۹۹۷).

مسئله‌گشایی تا آن‌جا دارای اهمیت است که برخی از نظریه‌پردازان و پژوهشگران آن را کانون اصلی اختلال افسردگی می‌دانند (بک^{۱۴}، راش^{۱۵}، شاو^{۱۶} و امری^{۱۷}، ۱۹۷۹؛ مک‌لین^{۱۸}، ۱۹۷۶؛ پیکل^{۱۹}، ۱۹۷۵). به بیان دیگر پژوهش‌های تجربی دهه‌ی ۱۹۹۰ نشان دادند که بیش-کلی‌گرایی^{۲۰} در بازخوانی اطلاعات از حافظه‌ی سرگذشتی، در فرد افسرده با مسئله‌گشایی ناکارآمد^{۲۱} همبسته است (برای نمونه، ایوانز و همکاران، ۱۹۹۲). اما باید دانست که این همبستگی نمی‌تواند گویای یک رابطه‌ی علی باشد، از این رو نمی‌توان گفت که کمبودهای شناختی (در اینجا کمبودها در بازخوانی از حافظه‌ی سرگذشتی و مسئله‌گشایی) موجب افسردگی، افکار خودکشی و اقدام به خودکشی می‌شوند؛ همان‌طور که عکس این انگاره را هم نمی‌توان درست انگاشت. اثبات و ردّ چنین فرضیه‌هایی، نیاز به الگوهای تجربی دیگری دارد. برای نمونه انجام یک پژوهش طولی^{۲۲} که در آن کنش‌های شناختی مورد نظر در طول زمان آزمون شوند، شاید راه‌گشا باشد. در این چهارچوب، اگر افراد دارای شناختارهای^{۲۳} ناکارآمد در طول زمان، بیشتر از

- | | |
|-------------------|---------------------|
| 1- Williams | 2- Hollan |
| 3- Broadbent | 4- Evans |
| 5- O'Loughlin | 6- Howells |
| 7- Goddard | 8- Dritschel |
| 9- Burton | 10- Sidley |
| 11- Whitaker | 12- Calam |
| 13- Wells | 14- Beck |
| 15- Rush | 16- Shaw |
| 17- Emery | 18- McLean |
| 19- Paykel | 20- over-generality |
| 21- dysfunctional | 22- longitudinal |
| 23- cognitions | 24- suicide attempt |

محتوای پاسخ‌ها برپایه‌ی مقیاس ۱۰-۰ (صفر برابر با بیش - کلی‌گرایی تام و ۱۰ برابر با اختصاصی بودن تام) درجه‌بندی کمی شد. ارزیاب برای کمی‌سازی محتوای سخن از یک فهرست واری دارای معیارهای زمان (تاریخ، روز، ماه، فاصله‌ی زمانی، مدت زمان)، مکان (نام مکان، جزئیات مکان)، اشخاص (جنس، نام، نسبت، سن)، اشیاء (نام شیء، شکل، رنگ) و موقعیت (جشن، عزا، عید)، سود برد. هم‌چنین پاسخ ضبط صدا می‌شد، آن‌گاه ارزیاب دیگری بدون آگاهی از وضعیت آزمودنی، دوباره به ارزیابی می‌پرداخت. نمره‌ی نهایی، میانگین نمره‌های دو ارزیاب بود.

۲- آزمایه‌ی حل مسئله‌ی وسیله-هدف^۹ (پلت^۱، اسپواک^{۱۱} و بلوم^{۱۲}، ۱۹۷۵): این آزمایه ابزاری است که جنبه‌هایی از مسئله‌گشایی را می‌سنجد. اصل این آزمایه دارای ده موقعیت است که در این بررسی تنها ۵ موقعیت آن به کار گرفته شد. یافته‌های برخی پژوهش‌ها که نسخه‌ی کوتاه شده‌ی این آزمایه را به کار برده‌اند، همانند داده‌های مشابه پیشین است (گوتلیب^{۱۳} و آسارنو^{۱۴}، ۱۹۷۹؛ سیگل^{۱۵}، پلت و پیزر^{۱۶}، ۱۹۷۶). هر یک از موقعیت‌ها دارای داستانی است با آغاز و پایانی مشخص و میانه‌ای ناتمام. از آزمودنی خواسته می‌شد تا بخش میانی آن داستان را تکمیل کند. به‌گونه‌ای که شخصیت داستان در پایان به نتیجه‌ی دلخواه برسد. در این بررسی، مؤلفه‌های تأخیر زمانی تا شروع پاسخ، نسبت مربوط بودن^{۱۷} (نسبت شمار راه‌حل‌های مناسب به شمار کل راه‌حل‌ها) و کارایی^{۱۸} راه‌حل‌ها مورد ارزیابی قرار گرفت.

کرده و در بخش مسمومین بیمارستان لقمان (تهران) بستری بودند.

گروه انگاره‌پرداز خودکشی^۱: این گروه شامل ۲۰ بیمار افسرده (۱۰ مرد و ۱۰ زن؛ میانگین سن، ۲۷/۶۰ سال) و دارای انگاره‌پردازی خودکشی بود. این گروه از میان مراجعان سرپایی بیمارستان روزبه تهران و یا بستری در بخش‌های این بیمارستان انتخاب شدند.

گروه انگاره‌ناپرداز خودکشی^۲: این گروه شامل ۲۰ بیمار افسرده (۱۰ مرد و ۱۰ زن؛ میانگین سن، ۲۶/۷۵ سال) فاقد انگاره‌پردازی خودکشی بود.

گروه سالم: این گروه شامل ۲۰ داوطلب سالم (۸ مرد و ۱۲ زن؛ میانگین سن، ۲۷/۶۵ سال) بود.

سن آزمودنی‌ها ۱۸-۴۵ سال بود. آزمودنی‌های گروه‌های ۱، ۲ و ۳ پیش از انجام آزمایش، توسط یک روانپزشک مصاحبه شدند و برپایه‌ی معیارهای تشخیصی DSM-IV^۳ مبتلا به افسردگی اساسی بودند؛ مواردی که در سابقه‌ی آنها ضایعات مغزی و یا اختلال‌های دیگر (غیر از افسردگی) وجود داشت، از بررسی حذف شدند. در مورد گروه ۱، داشتن اختلال‌های روانی، سبب کنار گذاشتن آزمودنی از بررسی می‌شد. معیار تمایز گروه‌های ۲ و ۳، مقیاس انگاره‌پردازی خودکشی بک و همکاران بود.

برای گردآوری داده‌ها ابزارهای زیر به کار رفتند:

۱- آزمایه‌ی بازخوانی از حافظه‌ی سرگذشتی^۴ (ویلیامز و برودبنت، ۱۹۸۶): این آزمایه دارای ۱۵ محرک-واژه^۵ با بار هیجانی خوشایند، خنثی و ناخوشایند است. این واژه‌های هیجانی از میان واژه‌هایی برگزیده شدند که در یک بررسی مقدماتی برای فرهنگ ایرانی اعتباریابی نسبی شده بودند (کاویانی و همکاران، ۱۳۷۸ الف). ترتیب آرایه‌ی خوشایند-خنثی-ناخوشایندی واژه‌ها، به‌صورت متوازن^۶ بود. آزمودنی پس از شنیدن هر واژه بایستی نخستین رخدادی را که به ذهنش می‌رسد بگوید؛ طول زمانی رخداد مورد نظر نبایستی بیشتر از یک روز می‌شد. تأخیر زمانی^۷ در پاسخ‌گویی، اندازه‌گیری شد. هم‌چنین میزان اختصاصی بودن/بیش-کلی‌گرایی^۸

- | | |
|--|------------------------|
| 1- suicide ideator | 2- suicide non-ideator |
| 3- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4 th ed.) | |
| 4- Autobiographical Memory Retrieval Test | |
| 5- cue-word | |
| 6- counterbalanced | 7- latency |
| 8- specificity/over generality | |
| 9- Means-End Problem-Solving (MEPS) | |
| 10- Platt | 11- Spivack |
| 12- Bloom | 13- Gotlib |
| 14- Asarnow | 15- Siegel |
| 16- Peizer | 17- relevancy ratio |
| 18- effectiveness | |

انگاره‌ناپرداز، سالم) $\times 2$ (جنسیت: مرد، زن) [با مقیاس‌های تکرارشونده به‌طور جداگانه برای دو متغیر تأخیر زمانی و اختصاصی بودن، به کار گرفته شد، به‌گونه‌ای که دسته‌ی هیجانی به‌عنوان متغیر درون گروهی و عوامل جنسیت و گروه به‌عنوان متغیرهای میان گروهی به محاسبه‌ها وارد شدند؛ نسبت ویلکز^۱ برای ارزیابی نسبت F در اینجا گزارش می‌شود.

هم‌چنین برای مقایسه‌ی متغیرهای کارایی و نسبت مربوط بودن و نیز نمره‌های افسردگی و ناامیدی بین گروه‌های چهارگانه تحلیل واریانس یک سویه به‌کار برده شد؛ برای مقایسه‌ی دو به دو، آزمون توکی^۹ انجام شد.

برای محاسبه‌ی ضریب‌های همبستگی بین متغیرهای گوناگون پژوهش، روش همبستگی پیرسون^{۱۰} به کار رفت.

این پژوهش نشان داد که چهار گروه مورد بررسی از نظر سطح افسردگی ($F=44/29$, $df=3$ و 77 , $p<0/001$) و ناامیدی ($F=12/44$, $df=3$ و 77 , $p<0/001$) با یکدیگر تفاوت دارند؛ آزمون‌های تکمیلی نشان داد که تفاوت میزان افسردگی بین هر سه گروه افسرده (میانگین‌ها: اقدام‌کننده $=36/50$ ؛ انگاره‌ناپرداز $=35/00$ ؛ انگاره‌ناپرداز $=30/59$) با گروه سالم، (میانگین $=10/30$)، معنی‌دار است. از نظر میزان ناامیدی، بین گروه‌های انگاره‌ناپرداز (میانگین $=11/50$) و اقدام‌کننده (میانگین $=12/20$)، انگاره‌ناپرداز و انگاره‌ناپرداز (میانگین $=7/15$)، اقدام‌کننده و سالم (میانگین $=5/25$)، و نیز اقدام‌کننده و انگاره‌ناپرداز تفاوت‌ها معنی‌دار است؛ لیکن میزان ناامیدی گروه انگاره‌ناپرداز و گروه سالم از نظر آماری معنی‌دار نیست.

برای ارزیابی کمی میزان کارایی، دو ارزیاب مستقل براساس یک مقیاس سه نقطه‌ای (ناکارا= 0 ؛ کارا= 1 ؛ بسیار کارا= 2) به ارزیابی راه‌حل‌های ارائه شده برای هر موقعیت پرداختند (مجموع پنج موقعیت بین صفر تا ده می‌توانست در نوسان باشد)؛ این روش ارزیابی براساس معیارهای تعیین شده توسط ایوانز و همکاران (۱۹۹۲) انجام شد. ضریب همبستگی میان نمره‌های دو ارزیاب برابر $0/84$ بود. میانگین نمره‌های ارزیاب‌ها برای تحلیل‌های آماری به کار برده شد.

۳- مقیاس‌های بالینی: در این بررسی برای سنجش میزان افسردگی از پرسش‌نامه‌ی افسردگی بک^۱ (BDI) (بک و استیر^۲، ۱۹۸۴؛ جلیلی و اخوت، ۱۳۶۳)، برای ارزیابی ناامیدی از مقیاس ناامیدی بک^۳ (BHS) (بک، ویسمن^۴، لستر^۵ و ترکسلر^۶، ۱۹۷۴؛ کویانی، رحیمی و همکار، ۱۳۷۸) و برای جداکردن گروه‌های انگاره‌ناپرداز و انگاره‌ناپرداز، از مقیاس انگاره‌پردازی خودکشی^۷ (بک و همکاران، ۱۹۷۹) استفاده شد.

پس از انتخاب آزمودنی‌ها برپایه‌ی معیارهای گفته شده، اطلاعات لازم درباره‌ی هدف‌های پژوهش در اختیار آنان قرار می‌گرفت. پس از اطمینان از رضایت آزمودنی برای شرکت در آزمایش، نخست داده‌های مربوط به ویژگی‌های جمعیت شناختی پرسیده می‌شد. سپس پرسش‌نامه‌های افسردگی و ناامیدی به وی داده می‌شد تا آنها را تکمیل کند. در مرحله‌ی بعد آزمونگر طی یک مصاحبه‌ی نیم‌ساختاری، مقیاس انگاره‌پردازی خودکشی را تکمیل می‌نمود. سپس، به ترتیب "آزمایه‌ی بازخوانی از حافظه‌ی سرگذشتی" و "آزمایه‌ی حل مسئله" اجرا می‌شد. پیش از آغاز هر کدام از آزمایه‌ها، مثالی زده می‌شد و پس از کسب اطمینان از آمادگی آزمودنی، آزمایه‌ی اصلی اجرا می‌شد. در ضمن چنانچه فرد در طی آزمون خسته می‌شد، می‌توانست پس از استراحت دوباره کار را ادامه دهد.

برای تحلیل داده‌های پژوهش، یک تحلیل واریانس چند متغیره‌ی سه طرفه [۳] (دسته‌ی هیجانی: خوشایند، خشی، ناخوشایند) $\times 4$ (گروه: اقدام‌کننده، انگاره‌ناپرداز،

1- Beck Depression Inventory
3- Beck Hopelessness Scale
5- Lester
7- Scale for Suicide Ideation
9- Tukey

2- Steer
4- Weisman
6- Trexler
8- Wilk's
10- Pearson

سلامت، افسردگی، انگاره‌پردازی تا اقدام به خودکشی است. این افزایش در مورد محرک-واژه های خوشایند بارزتر است. البته تفاوت گروه‌های خودکشی (اقدام‌کننده) و انگاره‌پرداز چندان محسوس نیست.

کارایی نسبت مربوط بودن و تأخیر زمانی در مسئله‌گشایی: جدول ۲ نشان دهنده مقادیر آماری برای کارایی، نسبت مربوط بودن و تأخیر زمانی در ارایه راه‌حل برای مسئله‌گشایی است. به‌طور منظم از میزان کارایی، از وضعیت سلامت، افسردگی، انگاره‌پردازی تا خودکشی، کاسته شده است. تحلیل داده‌ها نشان می‌دهد که این کاهش بین هر دو گروه خودکشی و انگاره‌پردازی با گروه سالم معنی‌دار است. هم‌چنین نسبت مربوط بودن راه‌حل‌ها از وضعیت سالم تا وضعیت خودکشی به‌طور نسبتاً منظم کاهش یافته است. این تفاوت‌ها از نظر آماری بین گروه خودکشی و گروه سالم، گروه خودکشی و گروه انگاره‌پرداز و گروه انگاره‌پرداز و گروه سالم معنی‌دار است.

اختصاصی بودن بازخوانی از حافظه‌ی سرگذشتی: هرچند هیچ اثر تعاملی برای عامل گروه یافت نشد، لیکن اثر اصلی گروه معنی‌دار بود ($p < 0/001$)، $F=33/50$ ، $df=3/72$ که نشان دهنده‌ی تفاوت میان‌گروهی است. هم‌چنین دسته‌ی هیجانی صرف‌نظر از عامل گروه، دارای اثر اصلی بود ($p < 0/001$) و 70 و $F=29/43$ ، $df=2$). برای عامل جنسیت هیچ گونه اثر اصلی یا تعاملی پیدا نشد (جدول ۱). به نظر می‌رسد اختصاصی بودن در وضعیت‌های سلامت و افسردگی بدون انگاره‌پردازی، فراتر از انگاره‌پردازی و اقدام به خودکشی است.

تأخیر زمانی در بازخوانی از حافظه‌ی سرگذشتی: برای عامل گروه هم اثر اصلی ($p < 0/05$)، $df=3/72$ و $F=3/92$ و هم اثر تعاملی گروه \times دسته‌ی هیجانی ($p < 0/01$) و 142 و $F=3/52$ ، $df=6$ وجود داشت (جدول ۱). این یافته نشانگر افزایش منظم تأخیر زمانی در بازخوانی از حافظه‌ی سرگذشتی از وضعیت

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار میزان اختصاصی بودن و تأخیر زمانی در بازخوانی حافظه‌ی سرگذشتی برای سه گروه افسرده و یک گروه سالم

گروه سالم	گروه انگاره‌ناپرداز	گروه انگاره‌پرداز	گروه اقدام‌کننده	
میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	
اختصاصی بودن				
۶/۰۴ (۱/۱۳)	۴/۲۳ (۰/۹۸)	۳/۹۳ (۱/۴۱)	۳/۲۹ (۰/۸۷)	خوشایند
۵/۷۷ (۱/۲۶)	۳/۷۱ (۱/۰۰)	۳/۰۶ (۱/۲۱)	۳/۰۶ (۰/۹۹)	خشتی
۶/۱۱ (۱/۱۰)	۳/۹۸ (۰/۹۹)	۳/۷۳ (۱/۶۰)	۳/۵۱ (۱/۱۰)	ناخوشایند
تأخیر زمانی				
۱۴/۱۵ (۶/۲۰)	۲۰/۸۴ (۵/۸۱)	۲۴/۹۲ (۱۴/۴۳)	۲۵/۹۵ (۱۴/۲۱)	خوشایند
۹/۹۴ (۵/۴۴)	۱۸/۵۲ (۶/۲۳)	۲۶/۵۱ (۲۷/۷۶)	۲۱/۱۵ (۱۳/۶۹)	خشتی
۱۳/۱۰ (۵/۴۶)	۱۵/۰۸ (۵/۴۰)	۱۷/۰۶ (۱۳/۳۶)	۱۶/۰۷ (۱۳/۵۷)	ناخوشایند

از حافظه‌ی سرگذشتی همبستگی مثبت دارد. میزان ناامیدی تنها با اختصاصی بودن حافظه، همبستگی منفی دارد (جدول ۳).

اختصاصی بودن حافظه سرگذشتی با کارایی مسئله‌گشایی همبستگی مثبت و با تأخیر زمانی حافظه همبستگی منفی دارد؛ همچنین همبستگی بین کارایی مسئله‌گشایی و تأخیر زمانی حافظه، منفی است (جدول ۳).

هرچند گروه‌های خودکشی و انگاره‌پرداز نسبت به دو گروه سالم و انگاره‌ناپرداز تأخیر بیشتری در ارزیابی راه‌حل برای مسئله‌گشایی داشته‌اند، لیکن یافته‌های پژوهش نشان دادند که میزان افسردگی و ناامیدی دارای همبستگی مثبت هستند. همچنین میزان افسردگی با میزان اختصاصی بودن حافظه و کارایی در مسئله‌گشایی همبستگی منفی و با تأخیر زمانی بازخوانی

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار کارایی، نسبت مربوط بودن و تأخیر زمانی در آزمایشی مسئله‌گشایی برای سه گروه افسرده و یک گروه سالم

گروه‌ها	درجه‌ی آزادی	میانگین (انحراف معیار)	نمره‌ی F	سطح معنی‌داری
کارایی سالم	۳ و ۷۶	۵/۴۰ (۲/۱۶)	۶/۱۵	۰/۰۰۱
		۴/۴۵ (۲/۱۹)		
		۳/۲۰ (۲/۰۲)		
		۲/۹۰ (۱/۹۷)		
نسبت مربوط بودن سالم	۳ و ۷۶	۰/۹۱ (۰/۰۹)	۶/۶۹	۰/۰۰۱
		۰/۸۳ (۰/۱۷)		
		۰/۷۰ (۰/۲۷)		
		۰/۶۳ (۰/۲۸)		
تأخیر زمانی سالم	۳ و ۷۶	۹/۷۰ (۵/۵۶)	۲/۵۵	N.S.
		۱۲/۱۵ (۵/۹۵)		
		۱۷/۳۵ (۱۳/۵۶)		
		۱۶/۷۰ (۱۳/۱۴)		

جدول ۳- ضریب‌های همبستگی بین متغیرهای بالینی، اختصاصی بودن و تأخیر زمانی در حافظه‌ی سرگذشتی و کارایی مسئله‌گشایی، در کل نمونه ($n=80$)

۵	۴	۳	۲	
$r = ۰/۴۱$	$r = -۰/۳۸$	$r = -۰/۶۳$	$r = ۰/۶۹$	۱- پرسش‌نامه‌ی افسردگی بک
$p < ۰/۰۰۱$	$p < ۰/۰۰۱$	$p < ۰/۰۰۱$	$p < ۰/۰۱$	
$r = ۰/۱۸$	$r = -۰/۱۰$	$r = -۰/۳۶$		۲- مقیاس ناامیدی بک
N.S.	N.S.	$p < ۰/۰۱$		
$r = -۰/۶۲$	$r = ۰/۴۹$			۳- اختصاصی بودن حافظه
$p < ۰/۰۰۱$	$p < ۰/۰۰۱$			
$r = -۰/۳۲$				۴- کارایی مسئله‌گشایی
$p < ۰/۰۵$				
				۵- تأخیر زمانی حافظه

را به تصویری که تاکنون به دست آمده است، بیافزاید. میزان کارایی در مسئله‌گشایی به‌طور منظم از وضعیت سلامت، افسردگی، انگاره‌پردازی تا خودکشی، سیر نزولی داشته است؛ تفاوت میان گروه‌های سالم و انگاره‌ناپرداز، از نظر آماری معنی‌دار نبود. این‌گونه کاهش در پیوستار مطرح شده، در مورد نسبت مربوط بودن راه‌حل‌ها نیز دیده می‌شود. یافته‌های آماری برآمده از آزمون تفاوت‌های بین گروهی، گویای شباهت عملکرد گروه‌های خودکشی و انگاره‌پرداز از یک سو و شباهت عملکرد گروه‌های سالم و انگاره‌پرداز از سوی دیگر است. هم‌چنین یافته‌های مربوط به تأخیر زمانی نیز گرایشی را، هرچند از نظر آماری غیرمعنی‌دار، نشان می‌دهد. هرچه از وضعیت سلامت به وضعیت خودکشی نزدیک می‌شویم، تأخیر زمانی در راه‌حل افزایش می‌یابد و نیز عملکرد گروه‌های خودکشی و انگاره‌پرداز از یک سو و عملکرد گروه‌های سالم و انگاره‌ناپرداز از سوی دیگر، مشابه هستند. این یافته‌ها همگی با فرض نقطه‌ی برش برای دو وضعیت بحرانی و غیربحرانی هم‌خوان است.

در بررسی‌های پیشین، ارتباط کارایی مسئله‌گشایی و اختصاصی بودن بازخوانی از حافظه‌ی سرگذشتی، را گزارش نموده‌اند (ایوانز و همکاران، ۱۹۹۲؛ گودارد و همکاران، ۱۹۹۶ و ۱۹۹۷؛ سیدلی و همکاران، ۱۹۹۷؛ کاویانی، رحیمی درآباد و همکار، ۱۳۷۸). این ارتباط در این بررسی نیز تأیید شد؛ کاهش کارایی در حل مسئله همراه با افزایش بیش-کلی‌گرا بودن اطلاعات فراخوانده شده از حافظه‌ی سرگذشتی است. در تبیین چرایی این ارتباط، می‌توان افزود که با شدت گرفتن افسردگی و ناامیدی، شاهد این واقعیت خواهیم بود که دستیابی به اطلاعات تجربه‌شده‌ی مثبت (که در حافظه ذخیره شده است)، دشوار می‌گردد. مهیاکردن اطلاعات دقیق و اختصاصی که می‌تواند در حل درست مسئله مؤثر باشد، با مشکل روبرو می‌شود. بدین ترتیب، ناکامی و ناامیدی فزاینده، ممکن است بروز افکار خودکشی را تسهیل نماید و زمینه برای اقدام به

هدف این پژوهش، ارایه‌ی یک تصویر کلی از مجموعه‌ی یافته‌هایی است که در زمینه‌ی کمبودهای بازخوانی از حافظه‌ی سرگذشتی و مسئله‌گشایی بر گروهی از بیماران افسرده در مقایسه با گروه سالم، انجام شده است. در بررسی پیشینه‌ی پژوهش، پژوهش‌های هم‌تایی برای بررسی حاضر، دیده نشد.

تفاوت در میزان ناامیدی گروه‌های افسرده و سالم از نظر آماری معنی‌دار بود، به‌جز تفاوت گروه انگاره‌ناپرداز و گروه سالم. هم‌چنین یافته‌های مربوط به اختصاصی بودن اطلاعات بازخوانی شده از حافظه‌ی سرگذشتی، نشان می‌دهد که این شاخص در گروه‌های سالم و افسرده‌ی انگاره‌ناپرداز مطلوب‌تر از دو گروه دیگر است. این یافته با تفاوت سطح ناامیدی در بین گروه‌ها، آن‌گونه که بیان شد، هم‌خوان است.

هم‌چنین همبستگی منفی بین میزان ناامیدی و اختصاصی بودن در همین راستا، قابل تفسیر است؛ فزونی گرفتن میزان ناامیدی، با افزایش بیش-کلی‌گرایی در بازخوانی از حافظه‌ی سرگذشتی در پاسخ به محرک-واژه‌های خوشایند همراه است. این سوگیری مؤید این نظر است که بیماران افسرده‌ی ناامیدتر، هنگام بازخوانی اطلاعات خوشایند از حافظه‌ی سرگذشتی، دچار بیش-کلی‌گرایی می‌شوند و مواد بازخوانی شده‌ی آنها کمتر اختصاصی است. اگر بر این یافته‌ها، افزایش منظم تأخیر زمانی در بازخوانی از وضعیت سلامت، افسردگی، انگاره‌پردازی تا اقدام به خودکشی و بارز بودن این افزایش در مورد محرک-واژه‌های خوشایند را بیافزاییم تصویر روشن‌تری به دست می‌آید. باید توجه داشت که شباهت عملکرد گروه سالم و گروه انگاره‌ناپرداز و نیز شباهت و عملکرد گروه انگاره‌پرداز و گروه خودکشی، می‌تواند نقطه‌ی برشی را مطرح سازد که پیوستار آمده در این گزارش را به دو بخش بحرانی و غیربحرانی تبدیل می‌کند.

از سوی دیگر، دقت در یافته‌های به‌دست آمده از کاربرد آزمایشی مسئله‌گشایی، می‌تواند عناصر دیگری

جداگانه سروکار داریم؛ دو پدیده‌ای که حد تمایز آنها در بررسی حاضر نقطه‌ی بحرانی نشان داده شده است. رهنمود بالینی و درمانی می‌تواند این باشد که شیوه‌ی درمان با پدیدآمدن افکار خودکشی در پیوستار یادشده، تغییر خواهد کرد. به بیان دیگر، بروز افکار خودکشی نشان‌دهنده‌ی وجود همان سوءکارکردهای شناختی است که احتمالاً اقدام به خودکشی را تسهیل می‌نماید.

از آن‌جا که این بررسی از نخستین بررسی‌های انجام شده در این زمینه به‌شمار می‌رود، بی‌گمان نارسایی‌ها و محدودیت‌هایی دارد.

این بررسی کوشیده است تا تصویر روشن‌تری از تغییر شناختی (اختصاصاً بازخوانی از حافظه‌ی سرگذشتی و مسئله‌گشایی) در طیف سلامت-خودکشی ترسیم نماید. کاوش در سایر سوءکارکردهای شناختی در طیف افسردگی می‌تواند سیمایه‌ی به‌دست آمده را روشن‌تر نماید.

هرچند انجام این پروژه بر بودجه‌های پژوهشی تکیه نداشت، بی‌گمان همکاری و همراهی کارکنان و کارشناسان روانشناسی بالینی بیمارستان روزبه و نیز همکاران بخش مسمومیت‌های بیمارستان لقمان سرمایه اصلی ما در پیمودن این راه بود.

دریافت مقاله: ۱۳۸۱/۱۲/۲۱؛ دریافت نسخه‌ی نهایی: ۱۳۸۲/۸/۱۹

پذیرش مقاله: ۱۳۸۲/۹/۱

جلیلی، احمد؛ اخوت، ولی‌ا... (۱۳۶۳). *افسردگی*. تهران: انتشارات رشد.

کاوایی، حسین؛ رحیمی، پریسا؛ نقوی، حمیدرضا (۱۳۷۸).

بررسی کمبودها در بازخوانی از حافظه‌ی شخصی

در اقدام کنندگان به خودکشی. *فصلنامه‌ی تازه‌های علوم شناختی*،

۳ و ۲، ۲۵-۱۶.

خودکشی فراهم گردد. دو نکته‌ی اصلی برآمده از یافته‌های حاضر، می‌تواند رهنمودهای درمانی مهمی در پی داشته باشد. نخست، ارتباط میان بیش-کلی‌گرایی حافظه‌ی سرگذشتی و کارایی ضعیف در مسئله‌گشایی، دربردارنده‌ی این پیام ضمنی است که تقویت توانایی بازخوانی اختصاصی اطلاعات از حافظه‌ی سرگذشتی و نیز بالابردن مهارت‌های مسئله‌گشایی، می‌تواند به پیامدهای درمانی امیدوارکننده‌ای بیانجامد. بک و همکاران (۱۹۷۹) با ارایه‌ی موارد بالینی، کوشیدند تا پایه‌های نظری اولیه را برای درمان بیماران افسرده‌ی دچار افکار خودکشی با تقویت راهبردهای مسئله‌گشایی، فراهم آورند.

هرچند آنها در گزارش خود چند مورد موفق را ارایه کردند، اما نشان ندادند که برای برخی از بیماران که در ارایه‌ی راه‌حل کارا، عاجز هستند چه باید کرد. بنابراین با پذیرفتن ارتباط مهارت مسئله‌گشایی و اختصاصی بودن اطلاعات از حافظه‌ی سرگذشتی، شاید بتوان گفت که کاربرد روش‌هایی برای تشویق فرد در این راستا، می‌تواند اثر درمانی داشته باشد. بدین ترتیب، یادداشت‌برداری‌های روزانه در درمان شناختی-رفتاری می‌تواند رمزگذاری دقیق اطلاعات در حافظه‌ی فرد را آسان نماید و بازخوانی آنها را به‌طور اختصاصی‌تری ممکن سازد.

دوم، یافته‌ها گویای این نکته بود که احتمالاً یک حدّ (یا نقطه) بحرانی در پیوستار سلامت-افسردگی-انگاره‌پردازی-خودکشی وجود دارد که در فاصله‌ی وضعیت افسردگی و انگاره‌پردازی قرار می‌گیرد. در واقع، شباهت کارکردهای شناختی گروه‌های سالم و افسرده (بدون انگاره‌پردازی خودکشی) از یک سو و شباهت گروه‌های انگاره‌پرداز (دارای افکار خودکشی) و اقدام‌کننده‌ی خودکشی از سوی دیگر، متخصص بالینی را می‌تواند به این پیشنهاد نزدیک سازد که ما در پیوستار مورد بررسی در این پژوهش با دو مقوله یا پدیده‌ی

- problem-solving strategies of Iranian parasuicidal patients. *Journal of Psychopathology, Behavioural and Assessment*, 27, 39-44.
- McLean, P.D. (1976). Depression as a specific response to stress. In J.G. Sarason & C.D. Spielberger (Eds.). *Stress and anxiety*. Washington DC: Hemisphere.
- 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 procedure (MEPS): A measure of interpersonal problem-solving skill*. Philadelphia: Hahnemann Community MH/MR Center.
- Sidley, G.L., Whitaker, K., Calam, R.M., & Wells, A. (1997). The relationship between problem-solving and autobiographical memory in parasuicide patients. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 25, 195-202.
- Siegel, J. M., Platt, J. I., & Peizer, S. B. (1976). Emotional and social real-life problem-solving thinking in adolescent and adult psychiatric patients. *Journal of Clinical Psychology*, 32, 230-232.
- Williams, J.M., & Hollan, J.D. (1981). Processes of retrieval from very long-term memory. *Cognitive Science*, 5, 87-119.
- Williams, J.M.G., & Broadbent, K. (1986). Autobiographical memory in attempted suicide. *Journal of Abnormal Psychiatry*, 95, 144-149.
- کاوایانی، حسین؛ رحیمی درآباد، مهدی؛ نقوی، حمیدرضا (۱۳۷۸). نقش "حافظه سرگذشتی" و "مسئله‌گشایی" در افسردگی و انگاره‌پردازی خودکشی. *فصلنامه‌ی تازه‌های علوم شناختی*، ۴، ۱۶-۸.
- کاوایانی، حسین؛ رحیمی، پریسا (۱۳۸۱). مسئله‌گشایی در بیماران افسرده اقدام‌کننده به خودکشی. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، سال هفتم، شماره ۴، ۳۰-۲۵.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive theory of depression*. New York: Guilford Press.
- Beck, A. T., & Streer, R. (1984). *Beck Depression Inventory*. New York: The Psychological Corporation.
- Beck, A. T., Weisman, A., Lester, D., & Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: The Hopelessness Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42, 861-865.
- 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, 609-616.
- 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.
- Gotlib, L.H., & Asarnow, R.F. (1979). Interpersonal and impressed problem-solving skills in mildly and clinically depressed university students. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 86-95.
- Kaviani, H., Rahimi-Darabad, P., & Naghavi, H.R. (2005). Auto-biographical memory retrieval deficits and