

## کارکردهای عصب - روانشناختی در اقدام کنندگان به خودکشی مبتلا به اختلال افسردگی اساسی

منوچهر قرائی پور\*، دکتر محمد کاظم عاطف وحید\*\*،  
دکتر مهدی نصرافهانی\*\*\*، دکتر علی اصغر اصغر نژاد فرید\*\*\*\*

### چکیده

**هدف:** کاستی‌های عصب-روانشناختی اختلال افسردگی اساسی ممکن است با خطر اقدام به خودکشی در بیماران مبتلا به این اختلال ارتباط داشته باشند. در این بررسی، کارکردهای عصب-روانشناختی بیماران افسرده اساسی دارای سابقه دست کم یک اقدام به خودکشی و بیماران افسرده اساسی بدون سابقه اقدام به خودکشی و افراد سالم مقایسه شده است.

**روش:** در یک بررسی پس‌رویدادی یا علی-مقایسه‌ای پانزده بیمار مبتلا به اختلال افسردگی اساسی غیرسایکوتیک دارای سابقه اقدام به خودکشی، پانزده بیمار مبتلا به اختلال افسردگی اساسی غیرسایکوتیک بدون سابقه اقدام به خودکشی و پانزده آزمودنی بهنجار از نظر کارکرد عصب-روانشناختی مقایسه شدند. آزمودنی‌ها به شیوه در دسترس انتخاب شدند. گروه‌ها از لحاظ متغیرهای سن، جنس و تحصیلات همتا شدند. به کمک آزمون‌های دسته‌بندی کارت‌های ویسکانسین (WCST)، رنگ-لغت استروپ (SC-WT)، مقیاس حافظه و کسلر تجدیدنظر شده (WMS-R) و پرسش‌نامه افسردگی بک (BDI)، چهار حوزه کارکرد اجرایی، توجه انتخابی، حافظه دیداری و حافظه کلامی سنجیده شدند. داده‌ها به کمک آزمون‌های آماری تحلیل واریانس چندمتغیری، آزمون تعقیبی توکی و روش تحلیل کوواریانس تحلیل شدند.

**یافته‌ها:** بیماران افسرده اساسی غیرسایکوتیک دارای سابقه اقدام به خودکشی به‌طور معنی‌داری بدتر از دو گروه دیگر در آزمون‌های دسته‌بندی ویسکانسین ( $p < 0/001$ ) و رنگ-لغت استروپ ( $p < 0/001$ ) بودند.

**نتیجه‌گیری:** نارسایی‌های کارکردی بیماران افسرده اساسی غیرسایکوتیک دارای سابقه اقدام به خودکشی در کارکرد اجرایی و توجه انتخابی بیش از آن چیزی است که در اختلال افسردگی اساسی بدون سابقه اقدام به خودکشی دیده شده است. این کاستی‌های عصب-روانشناختی در اختلال افسردگی اساسی ممکن است یک عامل خطر برای اقدام به خودکشی باشد.

**کلیدواژه:** افسردگی، خودکشی، کارکردهای عصب-روانشناختی

\* کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، تهران، کیلومتر ۶ جاده مخصوص کرج، مرکز روانپزشکی ایران. فاکس: ۰۲۱-۴۴۵۰۳۴۰۱ (نویسنده مسئول).

E-mail: gharaiipoor@yahoo.com

\*\* دکترای تخصصی روانشناسی بالینی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی ایران. مرکز تحقیقات بهداشت روان.

\*\*\* روانپزشک، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی ایران. مرکز تحقیقات بهداشت روان.

\*\*\*\* دکترای روانشناسی عمومی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی ایران. مرکز تحقیقات بهداشت روان.

## مقدمه

کاستی‌های عصب-روانشناختی در اختلال‌های روانپزشکی ممکن است با خطر اقدام به خودکشی ارتباط داشته باشند. پژوهشگران دریافته‌اند که ناتوانی در یادگیری غیرکلامی ممکن است افراد را برای رفتار خودکشی آماده سازد (رورکه<sup>۱</sup>، یانگ<sup>۲</sup> و لینارس<sup>۳</sup>، ۱۹۸۹). هم‌چنین نشان داده شده است که اقدام‌کنندگان به خودکشی در مقایسه با بیماران دچار درد مزمن و افراد سالم دارای عملکرد ضعیف‌تری روی مقیاس‌های سیالی (کلامی و غیرکلامی) و استدلال می‌باشند (بارت‌فای<sup>۴</sup>، وینبورگ<sup>۵</sup>، نورداستروم<sup>۶</sup> و آسبرگ<sup>۷</sup>، ۱۹۹۰). نورینگر<sup>۸</sup> (۱۹۶۸) اقدام‌کنندگان به خودکشی، بیماران روان-تنی و بیماران عادی (پزشکی) را مقایسه نموده و دریافته است که اقدام‌کنندگان به خودکشی نسبت به دو گروه دیگر در تفکرشان بیشتر دو مقوله‌ای<sup>۹</sup> (متماثل به تفکر همه یا هیچ) هستند. لونسون<sup>۱۰</sup> و نورینگر (۱۹۷۱) ارتباط بین توانایی حل مسأله و رفتار خود-تخریبی را مورد آزمایش قرار دادند و دریافتند افرادی که اقدام به خودکشی می‌کنند در مقایسه با افراد گروه کنترل، از لحاظ شناختی بیشتر خشک و انعطاف‌ناپذیر هستند، کمتر توانایی تغییر تدابیر حل مسأله را دارند و در شناسایی، نوآوری و یا اقدام به تدابیر واگرا برای حل مشکلات شناختی ناتوان هستند.

نظریه‌های زیست‌شناختی و روانشناختی که برای تبیین رفتار خودکشی به کار می‌روند، دست کم تا اندازه‌ای، در نشان‌دادن نقش با اهمیت کورتکس پره‌فرونتال مغز اتفاق نظر دارند.

هدف اصلی این بررسی مقایسه عملکرد بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی<sup>۱۱</sup> (MDD) غیرسایکوتیک دارای سابقه اقدام به خودکشی و بیماران مبتلا به MDD غیرسایکوتیک بدون سابقه اقدام به خودکشی و آزمودنی‌های سالم در آزمون دسته‌بندی کارت‌های ویسکانسین<sup>۱۲</sup>، آزمون رنگ-لغت استروپ<sup>۱۳</sup> و خرده‌آزمون‌های حافظه کلامی و حافظه دیداری مقیاس حافظه و کسلر تجدیدنظر شده<sup>۱۴</sup>، بود. در پژوهش حاضر فرضیه نارسایی کارکردهای عصب-روانشناختی بیماران مبتلا به MDD غیرسایکوتیک دارای سابقه اقدام به خودکشی نسبت به دو گروه دیگر بررسی شده است.

## روش

پژوهش حاضر یک پژوهش پس‌رویدادی یا علی-مقایسه‌ای<sup>۱۵</sup> و مورد-گواه<sup>۱۶</sup> است که در آن کارکردهای

عصب-روانشناختی ۱۵ بیمار مبتلا به MDD غیرسایکوتیک (مطابق با ملاک‌های DSM-IV) دارای سابقه اقدام به خودکشی، ۱۵ بیمار مبتلا به همین اختلال بدون سابقه اقدام به خودکشی و ۱۵ آزمودنی سالم بررسی و مقایسه شده‌اند. گروه‌ها بر پایه سن، جنس و میزان تحصیلات به صورت گروهی هم‌تا شدند. آزمودنی‌های بیمار از میان بیماران افسرده اساسی غیرسایکوتیک مراجعه‌کننده به مرکز آموزشی-درمانی روانپزشکی ایران به صورت نمونه‌گیری در دسترس و داوطلبانه انتخاب شدند. آزمودنی‌های سالم از میان کارکنان مرکز و همراهان بیماران بر پایه مصاحبه بالینی و کسب امتیاز<sup>۱۷</sup> یا پایین‌تر در پرسش‌نامه افسردگی بک انتخاب شدند. ملاک‌های ورود<sup>۱۷</sup> آزمودنی‌های افسرده عبارت بودند از دارا بودن تشخیص MDD غیرسایکوتیک بر پایه ملاک‌های DSM-IV و داشتن آمادگی انجام آزمون‌ها از نظر بدنی و روانی.

آزمودنی‌های افسرده دارای سابقه اقدام به خودکشی می‌بایست سابقه دست کم یک اقدام به خودکشی که منجر به اقدامات پزشکی و مراجعه به بیمارستان شده باشد داشته باشند. ملاک‌های خروج<sup>۱۸</sup> آزمودنی‌های افسرده عبارت بود از دریافت الکتروشوک از سه ماه پیش تا کنون، آسیب مغزی واضح، سابقه مصرف موادی که بر روی سیستم اعصاب مرکزی اثر دارند (سابقه مسمومیت‌ها، مصرف مواد مخدر و الکل)، سابقه بیماری طبی منجر به مصرف داروهایی که بر روی دستگاه اعصاب مرکزی اثر دارند و مصرف داروهای روانپزشکی از یک ماه پیش تا کنون.

برای گردآوری داده‌های پژوهش ابزارهای زیر به کار برده شد:

پرسش‌نامه افسردگی بک<sup>۱۹</sup> (BDI): این پرسش‌نامه را بک و همکاران در سال ۱۹۶۱ معرفی نمودند (بک، راش<sup>۲۰</sup> و شاو<sup>۲۱</sup>، ۱۹۷۹). پایایی<sup>۲۲</sup> بازآزمایی آن از ۰/۴۸ تا ۰/۸۶

- |                                   |                        |
|-----------------------------------|------------------------|
| 1- Rourke                         | 2- Young               |
| 3- Leenaars                       | 4- Bartfai             |
| 5- Winborg                        | 6- Nordstrom           |
| 7- Asberg                         | 8- Neuringer           |
| 9- dichotomous                    | 10- Levenson           |
| 11- Major Depressive Disorder     |                        |
| 12- Wisconsin Card Sorting Test   |                        |
| 13- Stroop Color-Word Test        |                        |
| 14- Wechsler Memory Scale-Revised |                        |
| 15- ex-post facto                 | 16- case-control       |
| 17- inclusion criteria            | 18- exclusion criteria |
| 19- Beck Depression Inventory     |                        |
| 20- Rush                          | 21- Shaw               |
| 22- reliability                   |                        |

گزارش شده است (مارنات، ۱۳۷۳). ارزشیابی روایی محتوایی، سازه و ملاکی عموماً نتایج مطلوبی داشته‌اند. این آزمون برای جمعیت ایرانی از پایایی و روایی بالایی برخوردار است. فتی (۱۳۷۰) ضریب همبستگی بین آزمون افسردگی بک و مقیاس درجه‌بندی افسردگی هامیلتون را در آزمودنی‌های ایرانی ۰/۶۶ گزارش نموده است. پایایی این آزمون در ایران بر روی ۳۷۵ نفر از افراد عادی جامعه با روش بازآزمایی طی چهار ماه ۰/۴۹ گزارش شده است (یزدان‌دوست، ۱۹۸۸). در بررسی حاضر، نسخه ۱۹۷۸ این آزمون که توسط یزدان‌دوست (همان‌جا) ترجمه و منطبق گردیده، به کار برده شده است.

**آزمون دسته‌بندی کارت‌های ویسکانسین (WCST):** این آزمون را گران<sup>۱</sup> و برگ<sup>۲</sup> در سال ۱۹۴۸ ساختند (لزاک<sup>۳</sup>، ۱۹۹۵). در بررسی "رفتار انتزاعی" و "نعطاف‌پذیری شناختی" این آزمون کاربرد گسترده‌ای داشته است. ضریب پایایی بین ارزیاب این آزمون ۰/۸۳ گزارش شده است (اسپرین<sup>۴</sup> و استراوس<sup>۵</sup>، ۱۹۹۸). نادری (۱۳۷۵) پایایی بازآزمایی آزمون ویسکانسین را در جمعیت ایرانی ۰/۸۵ گزارش کرده است. از این آزمون چندین نمره به دست می‌آید که در این بررسی نمره خطای تکرار محاسبه می‌گردد.

**آزمون رنگ- لغت استروپ (SC-WT):** این آزمون توسط استروپ<sup>۶</sup> در سال ۱۹۳۵ به منظور ارزیابی توجه انتخابی ساخته شد (لزاک، ۱۹۹۵). گلدن (۱۹۷۵) ضریب‌های پایایی ۰/۸۵، ۰/۸۲ و ۰/۷۳ را برای نسخه‌های تک‌ماده‌ای گزارش کرده است. در این بررسی از نسخه گلدن (۱۹۷۸) بهره گرفته شده است. این آزمون در چندین بررسی در ایران به کار برده شده است (کرم‌قدیری، براهنی و قاسم‌زاده، ۱۳۷۹؛ نادری، ۱۳۷۵).

**مقیاس حافظه و کسلر - تجدید نظر شده (WMS-R):** مقیاس حافظه و کسلر در سال ۱۹۴۵ توسط وکسلر و به‌منظور ارزیابی جنبه‌های گوناگون حافظه ارایه شد. وکسلر (۱۹۸۷) برای شاخص حافظه دیداری ضریب پایایی بازآزمایی ۰/۷۰ و برای شاخص حافظه کلامی ضریب پایایی ۰/۸۰ را گزارش نمود. در جمعیت ایرانی ضریب پایایی بازآزمایی ۰/۸۳ برای شاخص حافظه کلامی، ۰/۹۰ برای شاخص حافظه دیداری و ۰/۸۸ برای شاخص حافظه عمومی گزارش شده است (اورنگی، ۱۳۷۸).

تحلیل آماری داده‌ها به کمک روش‌های آماری تحلیل واریانس چند متغیری<sup>۷</sup> (MANOVA)، روش آزمون تعقیبی توکی<sup>۸</sup> و روش آماری تحلیل کوواریانس<sup>۹</sup> (ANCOVA) انجام شد.

## یافته‌ها

توزیع فراوانی آزمودنی‌های پژوهش بر حسب متغیرهای سن و تحصیلات در **جدول ۱** نشان داده شده است. هر یک از سه گروه شامل هشت مرد و هفت زن بود. گفتنی است که متغیر تحصیلات بر پایه کلاس‌هایی که در تمام مقاطع تحصیلی قبول شده‌اند، محاسبه شده است.

افراد دارای سابقه اقدام به خودکشی دارای ۱۶ اقدام به شیوهٔ مسمومیت، ۱۲ اقدام به شیوهٔ بریدن، سه اقدام به شیوهٔ پرتاب از بلندی، سه اقدام به شیوهٔ غرق کردن، یک اقدام شلیک گلوله و یک مورد دارزدن بوده‌اند. میانگین دفعات اقدام در مردان ۲/۳۳ و در زنان ۰/۹ بوده است.

یافته‌های مربوط به مقایسه نمره‌های سه گروه در آزمون‌های دسته‌بندی کارت‌های ویسکانسین، استروپ، مقیاس حافظه و کسلر و پرسش‌نامه افسردگی بک به کمک تحلیل واریانس چند متغیری (MANOVA) در **جدول ۲** نشان داده شده است.

مقایسه نمره‌های پرسش‌نامه افسردگی بک نشان‌دهنده تفاوت معنی‌دار بین گروه‌های مورد بررسی بود ( $F=48/748$ ،  $p<0/001$ ). یافته‌های به دست آمده از آزمون پی‌گیری توکی نشان داد که نمره‌های آزمودنی‌های مبتلا به MDD با آزمودنی‌های گروه بهنجار به‌طور معنی‌دار تفاوت دارند، اما بین نمرات گروه مبتلا به MDD دارای سابقه اقدام به خودکشی و گروه MDD بدون سابقه اقدام به خودکشی تفاوت معنی‌داری دیده نشد.

نمره‌های "خطای تکرار" آزمودنی‌های سه گروه در آزمون دسته‌بندی کارت‌های ویسکانسین نشان‌دهنده تفاوت معنی‌دار بین گروه‌های مورد بررسی بود ( $F=56/090$ ،  $p<0/001$ ). آزمون پی‌گیری توکی نشان داد که گروه افسرده دارای سابقه اقدام به خودکشی نسبت به دو گروه دیگر در

1- Grant  
2- Berg  
3- Lezak  
4- Spreen  
5- Strauss  
6- Stroop  
7- multivariate analysis of variance  
8- Tukey  
9- analysis of covariance

آزمون دسته‌بندی کارت‌های ویسکانسین به‌طور معنی‌داری ضعیف‌تر عمل کردند. هم‌چنین عملکرد گروه افسرده بدون سابقه اقدام به خودکشی نسبت به گروه بهنجار به‌طور معنی‌دار ضعیف‌تر بود.

تفاوت بین گروه‌های مورد بررسی در آزمون استروپ معنی‌دار بود ( $F=11/910$ ,  $p<0/001$ ). یافته‌های به‌دست آمده از آزمون پی‌گیری توکی نشان داد که گروه افسرده دارای سابقه اقدام به خودکشی نسبت به دو گروه دیگر در آزمون رنگ- لغت استروپ به‌طور معنی‌دار ضعیف‌تر عمل کردند. هم‌چنین عملکرد گروه افسرده بدون سابقه اقدام به خودکشی نسبت به گروه بهنجار به‌طور معنی‌دار ضعیف‌تر بود ( $p<0/001$ ).

این پژوهش تفاوت بین گروه‌های مورد بررسی را در شاخص حافظه بینایی معنی‌دار نشان داد ( $F=12/287$ ,  $p<0/001$ ). نتایج به‌دست آمده از آزمون پی‌گیری توکی نشان‌دهنده تفاوت معنی‌دار بین گروه افسرده دارای سابقه اقدام به خودکشی با گروه بهنجار ( $p<0/001$ ) و هم‌چنین گروه افسرده بدون سابقه اقدام به خودکشی با گروه بهنجار

( $p<0/001$ ) در شاخص حافظه بینایی بود، اما بین گروه افسرده دارای سابقه اقدام به خودکشی با گروه افسرده بدون سابقه اقدام به خودکشی تفاوت معنی‌دار دیده نشد. تفاوت بین گروه‌های مورد بررسی در شاخص حافظه کلامی معنی‌دار بود ( $F=10/088$ ,  $p<0/001$ ). آزمون پی‌گیری توکی نشان‌دهنده تفاوت معنی‌دار بین گروه افسرده دارای سابقه خودکشی با گروه بهنجار و هم‌چنین گروه افسرده بدون سابقه خودکشی با گروه بهنجار در شاخص حافظه کلامی بود، اما بین گروه افسرده دارای سابقه خودکشی با گروه افسرده بدون سابقه خودکشی تفاوت معنی‌دار دیده نشد. برای کنترل اثر متغیر افسردگی در عملکرد آزمودنی‌های دو گروه افسرده دارای سابقه اقدام به خودکشی و بدون سابقه اقدام به خودکشی در آزمون دسته‌بندی کارت‌های ویسکانسین و آزمون استروپ، روش آماری تحلیل کوواریانس (ANCOVA) به‌کار برده شد. با وجود کنترل متغیر افسردگی، تفاوت بین دو گروه افسرده در آزمون دسته‌بندی کارت‌های ویسکانسین ( $F=29/737$ ,  $p<0/001$ ) و آزمون استروپ ( $F=6/935$ ,  $p<0/05$ ) نیز معنی‌دار بود.

#### جدول ۱- توزیع فراوانی گروه‌ها بر حسب سن و تحصیلات

بهنجار (n=15)		افسرده فاقد سابقه خودکشی (n=15)		افسرده دارای سابقه خودکشی (n=15)	
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین
۸/۶۶	۳۱/۲۷	۸/۲۷	۳۰/۱۳	۸/۷۳	۳۱/۴۰
۱/۶۸	۱۰/۱۳	۱/۶۵	۱۰/۰۰	۱/۴۰	۹/۶۰
					سن (سال)
					تحصیلات (سال)

#### جدول ۲ - خلاصه نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری نمره‌های سه گروه در آزمون‌های دسته‌بندی ویسکانسین، استروپ، مقیاس حافظه و کسلر و پرسش‌نامه افسردگی بک

متغیر	مجموع مجذورات نوع سوم	درجه آزادی	میانگین مجذورات	نمره F	سطح معنی‌داری
آزمون کارت‌های ویسکانسین	۵۰۱۸/۸۴۴	۲	۲۵۰۹/۴۲۲	۵۶/۰۹۰	۰/۰۰۱
آزمون استروپ	۷۲۱/۲۰۰	۲	۳۶۰/۶۰۰	۱۱/۹۱۰	۰/۰۰۱
حافظه بینایی	۵۷۰/۱۷۸	۲	۲۸۵/۰۸۹	۱۲/۲۸۷	۰/۰۰۱
حافظه کلامی	۳۱۳/۶۴۴	۲	۱۵۶/۸۲۲	۱۰/۰۸۸	۰/۰۰۱
پرسش‌نامه افسردگی بک	۵۵۰۳/۲۴۴	۲	۲۷۵۱/۶۲۲	۴۸/۷۴۸	۰/۰۰۱

## بحث

این پژوهش نشان داد که تمامی بیماران افسرده در هر چهار حوزه عملکرد عصب-روانشناختی مورد سنجش، نسبت به آزمودنی‌های سالم به‌طور معنی‌داری ضعیف‌تر عمل کردند. این یافته با یافته‌های پیشین هماهنگ است (لاندر و<sup>۱</sup>، استیلز<sup>۲</sup> و اسلتولد<sup>۳</sup>، ۲۰۰۱). هم‌چنین بیماران افسرده دارای سابقه اقدام به خودکشی در دو حوزه عملکردی "کارکرد اجرایی" و "توجه انتخابی" نسبت به بیماران افسرده بدون سابقه اقدام به خودکشی به‌طور معنی‌داری عملکرد پایین‌تری داشتند. این تفاوت‌ها نمی‌تواند ناشی از تفاوت سن، جنس یا تحصیلات بین آزمودنی‌های سه گروه باشد، زیرا هر سه گروه از نظر سن، جنس و تحصیلات هم‌تا شده، تفاوت معنی‌داری بین گروه‌ها در این متغیرها دیده نشد. نارسایی‌های موجود در کارکرد اجرایی و توجه انتخابی بیماران افسرده دارای سابقه اقدام به خودکشی نسبت به بیماران افسرده بدون سابقه اقدام به خودکشی نیز مستقل از کاستی‌های مربوط به افسردگی تنها بودند. این کاستی‌ها با شدت افسردگی قابل‌تیین نیستند. در تحلیل‌های تکمیلی، زمانی که متغیر افسردگی با استفاده از روش آماری تحلیل کوواریانس کنترل شد، تفاوت‌های بین گروه‌های افسرده با و بدون سابقه اقدام به خودکشی در کارکرد اجرایی و توجه انتخابی هم‌چنان پایدار ماندند. بر خلاف انتظار، تفاوتی بین گروه‌های بیماران افسرده با و بدون سابقه اقدام به خودکشی در نمره‌های خرده‌آزمون‌های حافظه کلامی و حافظه دیداری مقیاس حافظه و کسلر-تجدیدنظر شده، دیده نشد؛ هر چند بیماران افسرده دارای سابقه اقدام به خودکشی به‌طور کلی در این عملکردها ضعیف‌تر بودند.

از نظر عصب-روانشناختی، نارسایی‌های دیده شده در بیماران افسرده دارای سابقه اقدام به خودکشی با اختلال کارکرد قشر پره‌فرونتال در این افراد، سازگار می‌باشد (هیرینگن<sup>۴</sup>، ۲۰۰۱). اختلال کارکرد عصب-روانشناختی در بیماران افسرده دارای سابقه اقدام به خودکشی، ممکن است با تخریب فرآیند تصمیم‌گیری<sup>۵</sup> در هنگام بحران‌های حاد روانپزشکی، خطر اقدام به خودکشی را در این افراد افزایش دهد. هم‌چنین ممکن است اختلال کارکرد عصب-روانشناختی، ناهنجاری‌های عصبی-زیستی مربوط به خطر اقدام به خودکشی را در این افراد آشکار کنند. شواهدی که نشان می‌دهند توجه انتخابی در رفتار خودکشی نقش دارد از

بررسی‌هایی که به کمک آزمون استروپ انجام شده‌اند، به‌دست آمده‌اند (هیرینگن، ۲۰۰۱). آشفستگی یا گیجی ایجاد شده توسط محرکات نامربوط و شکست در جلوگیری از پاسخ‌های نامربوط ممکن است تأثیر عمیقی بر روی حافظه و دیگر توانایی‌های شناختی افراد داشته باشند. بررسی‌ها نشان داده‌اند که نوجوانان دارای میل به خودکشی نسبت به افراد گروه گواه دارای ناتوانی‌های یادگیری بیشتری می‌باشند (مک‌برید<sup>۶</sup> و سیگل<sup>۷</sup>، ۱۹۹۷). سونسن<sup>۸</sup>، آلن<sup>۹</sup>، کروسبی<sup>۱۰</sup>، پوردام<sup>۱۱</sup> و گلدبرگ<sup>۱۲</sup> (۲۰۰۲) با هدف مقایسه نرخ خود-آسیبی<sup>۱۳</sup> عمدی، میزان اقدام به خودکشی و خودکشی در بیماران مبتلا به اختلال بیش‌فعالی با کمبود توجه<sup>۱۴</sup> و آزمودنی‌های بهنجار هم‌تا شده، پژوهشی را انجام دادند. این پژوهشگران دریافتند که بیماران مبتلا به اختلال بیش‌فعالی با کمبود توجه بیش از آزمودنی‌های بهنجار اقدام به خودکشی می‌کنند یا به‌طور عمدی به خود آسیب می‌رسانند. از این رو بایستی این اختلال به‌عنوان یک هدف مهم در برنامه‌های پیش‌گیری از خودکشی مورد توجه قرار گیرد. بر پایه برخی نظریه‌های شناختی درباره بیمار افسرده اقدام‌کننده به خودکشی (کاویانی و رحیمی، ۱۳۸۱)، این بیماران به دلیل اشکال در بازخوانی از حافظه شخصی توانایی مسئله‌گشایی مؤثر را ندارند و در یک چرخه معیوب افسردگی-اشکال در مسئله‌گشایی-ناامیدی، گرفتار می‌آیند که نهایتاً به خودکشی می‌انجامد. یافته‌های بررسی حاضر فرضیه تخریب عملکرد حافظه (قشر گیجگاهی میانی) افسرده‌های دارای سابقه اقدام به خودکشی را نسبت به افسرده‌های بدون سابقه اقدام به خودکشی حمایت نمی‌کند.

تخریب حافظه در افسردگی به جنبه‌های ویژه حافظه و به همان اندازه به زیرگونه‌های افسردگی ارتباط دارد. افسردگی بر پایه بررسی‌های پیشین، به‌ویژه با نارسایی‌هایی در تکالیف حافظه در حال کار<sup>۱۵</sup> و حافظه دوره‌ای خبری<sup>۱۶</sup> ارتباط دارد (بورت<sup>۱۷</sup>، زمبار<sup>۱۸</sup> و نایدره<sup>۱۹</sup>، ۱۹۹۵). شاید وجود نتایج

- |  |              |
|--|--------------|
| 1- Landro                                    | 2- Stiles    |
| 3- Sletvold                                  | 4- Heeringen |
| 5- decision making                           | 6- McBride   |
| 7- Siegel                                    | 8- Swensen   |
| 9- Allen                                     | 10- Kruesi   |
| 11- Purdum                                   | 12- Goldberg |
| 13- self-injury                              |              |
| 14- attention deficit/hyperactivity disorder |              |
| 15- working memory                           |              |
| 16- episodic declarative memory              |              |
| 17- Burt                                     | 18- Zembar   |
| 19- Niederehe                                |              |

م تفاوت در این زمینه مربوط به نوع آزمون های انتخاب شده و بیماران افسرده انتخاب شده باشد.

در نتیجه، یافته های به دست آمده از بررسی حاضر نشان دهنده تخریب شدیدتر کارکرد اجرایی و توجه انتخابی در بیماران افسرده اساسی غیرسایکوتیک دارای سابقه اقدام به خودکشی نسبت به بیماران افسرده اساسی غیرسایکوتیک بدون سابقه اقدام به خودکشی است. این نارسایی ها احتمالاً خطر اقدام به خودکشی در بیماران مبتلا به MDD غیرسایکوتیک را افزایش می دهند.

از آن جا که در بررسی حاضر روش نمونه گیری در دسترس به کار برده شده، تعمیم یافته ها با محدودیت همراه است. محدودیت دیگر این پژوهش حجم کم نمونه می باشد. پیشنهاد می شود به منظور افزایش تعمیم پذیری یافته ها در پژوهش های آینده، روش نمونه گیری تصادفی به کار برده شود و حجم نمونه دست کم ۳۰ نفر باشد.

گفتنی است که هوش پیش مرضی یک عامل اساسی در آزمون های عصب- روانشناختی است و در این بررسی تنها سطح تحصیلات به عنوان شاخص هوش پیش مرضی در نظر گرفته شده که بر پایه بررسی های انجام شده بین این دو متغیر، همبستگی ۰/۷۰ گزارش شده است (دولت شاه، ۱۳۷۵)؛ بنابراین احتمال دارد مقداری از تفاوت نمرات گروه ها در آزمون ها ناشی از تفاوت هوش پیش مرضی بین گروه ها باشد که به خوبی کنترل نشده است. بنابراین پیشنهاد می شود به منظور تعیین میزان هوش پیش مرضی، افزون بر شاخص تحصیلات، از یک مقیاس هوشی معتبر مانند مقیاس وکسلر بهره گرفته شود. یکی دیگر از محدودیت های این پژوهش کنترل نشدن متغیر آسیب مغزی ناشی از خود اقدام به خودکشی می باشد. بهتر است در بررسی های آینده، متغیر آسیب مغزی ناشی از اقدام به خودکشی نیز کنترل شود.

## سپاسگزاری

با سپاس از بیماران، همراهان بیماران و کارکنان مرکز آموزشی- درمانی روانپزشکی ایران که در این پژوهش شرکت نمودند و بدون همکاری آنان انجام آن میسر نبود.

## منابع

اورنگی، مریم (۱۳۷۸). *هنجاریابی مقیاس تجدید نظر شده حافظه وکسلر در شهر شیراز*. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی. انستیتو روانپزشکی تهران.

دولت شاه، بهروز (۱۳۷۵). *تهیه مجموعه آزمون سرنده شناختی بیماران آسیب مغزی*. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی. انستیتو روانپزشکی تهران.

فنی، لادن (۱۳۷۰). *مقایسه کارایی رویارویی توأم با جلوگیری از پاسخ، کلومپیرامین و ترتیب این دو روش در درمان اختلال وسواس فکری- عملی*. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی. انستیتو روانپزشکی تهران. کاوایی، حسین؛ رحیمی، پریسا (۱۳۸۱). *مسأله گشایی در بیماران افسرده اقدام کننده به خودکشی. فصلنامه اندیشه و رفتار*، سال هفتم، شماره ۴، ۳۰-۲۵. کرم قدیری، نرگس؛ قاسم زاده، حبیب ا...؛ براهنی، محمدنقی (۱۳۷۹). *بررسی مقایسه ای فرآیندهای عالی شناختی در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیای حاد و مزمن با افراد بهنجار. فصلنامه تازه های علوم شناختی*، سال دوم، شماره ۳ و ۴، ۱۷-۸.

مارنات، گری (۱۳۷۳). *راهنمای سنجش روانی*. ترجمه: حسن پاشا شریفی. تهران: انتشارات رشد.

نادری، نصرآ.. (۱۳۷۵). *بررسی پردازش اطلاعات و برخی از عملکردهای نوروبسیکولوژی مبتلایان به اختلال وسواس فکری عملی*. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی. انستیتو روانپزشکی تهران.

Bartfai, A., Winborg, I., Nordstrom, P., & Asberg, M. (1990). Suicidal behavior and cognitive flexibility. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 20, 254- 265.

Beck, A. T., Rush, A. J., & Shaw, B. P. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York, Guilford.

Burt, D. B., Zembar, M. J., & Niederehe, G. (1995). Depression and memory impairment: A meta-analysis of the association, it's pattern, and specificity. *Psychological Bulletin*, 117, 285-305.

Golden, C. J. (1975). The Measurement of creativity by the Stroop Color and Word Test. *Journal of Personality Assessment*, 39, 502-506.

Golden, C. J. (1978). *Stroop Caller and Word Test*. Chicago: Stoelting.

Heeringen, K. V. (2001). *Understanding suicidal behavior: The suicidal process approach to research, treatment and prevention*. New York: John Wiley & Sons, Inc.

Landro, N. I., Stiles, T. C., & Sletvold, H. (2001). Neuropsychological function in nonpsychotic unipolar major depression. *Neuropsychiatry, Neuropsychology & Behavioral Neurology*, 14, 233-240.

دریافت مقاله: ۱۳۸۴/۴/۱۸؛ دریافت نسخه نهایی: ۱۳۸۴/۸/۲۳؛

پذیرش مقاله: ۱۳۸۴/۱۰/۱۴

- Levenson, M., & Neuringer, C. (1971). Problem solving behavior in suicidal adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 37*, 433-436.
- Lezak, M. D. (1995). *Neuropsychological assessment* (3rd ed.). New York: Oxford University Press.
- McBride, H. E., & Siegel, L. S. (1997). Learning disabilities and adolescent suicide. *Journal of Learning Disabilities, 30*, 652-659.
- Neuringer, C. (1968). Divergences between attitudes toward life and death among suicidal, psychosomatic and normal hospitalized patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 32*, 59-63.
- Rourke, B. P., Young, G. C., & Leenaars, A. A. (1989). A childhood learning disability that predisposes those afflicted to adolescent and adult depression and suicide risk. *Journal of Learning Disability, 22*, 169-175.
- Spreen, O., & Strauss, E. (1998). *A compendium of neuropsychological tests* (2nd. ed.). Oxford: Oxford University Press, Inc.
- Swensen, A., Allen, A. J., Kruesi, M., Purdum, A., & Goldberg, G. (2002). Increased risk of self-injury and suicide for patients with attention-deficit/hyperactivity disorder. *European Neuropsychopharmacology, 12*, 421.
- Wechsler, D. (1987). *Wechsler Memory Scale – Revised Manual*. New York: Psychological Corporation, Inc.
- Yazdandoost, R. (1988). *The effect of rational emotive therapy on dysfunctional thoughts and irrational beliefs in depression*. Unpublished doctoral thesis in clinical psychology. Poona University.