

بررسی کمبودها در بازخوانی از حافظه شخصی در اقدام‌کنندگان به خودکشی

دکتر حسین کاویانی^(۱)

استادیار دانشگاه علوم پزشکی تهران

دکتر پریسا رحیمی

پزشک عمومی

دکتر حمیدرضا نقوی

استادیار دانشگاه علوم پزشکی تهران، بیمارستان روزبه

مقدمه

در میان روش‌های نوین تجربی (آزمایشگاهی) که در روان‌شناسی شناختی و برای شرایط بالینی بکار گرفته شده است، روش‌های تحقیقات درباره پدیده خلق-حافظه mood-memory سرآمد است (Teasdale & Russel 1983). در این چهارچوب، مطالعات متعددی به آزمون پدیده حافظه شخصی autobiographical memory در موقعیت‌های متفاوت بالینی پرداخته‌اند. یکی از این موقعیت‌های بالینی، اقدام به خودکشی یا صدمه عمدی به خود است. ویلیامز و برودبنت (Williams & Broadbent 1986) حافظه شخصی را در افرادی که با خوردن بیش از حد دارو خودکشی کرده بودند، مطالعه کردند. در پاسخ به واژه‌های محرک cue words، به خصوص واژه‌های مثبت (خوشایند)، این افراد در مقایسه با گروه گواه خاطراتی را یادآوری recall می‌کردند که کلی و نامتناسب بود (یعنی خاطراتی که به افراد، مکان‌ها، فعالیت‌ها یا اشیائی بازمی‌گشت درحالی‌که به مقطع زمانی اشاره نمی‌شد و یا زمان آن بیش از یک روز بود). برای مثال در مقابل واژه خوشحال را happy، گروه گواه خاطرات اختصاصی specific ارائه دادند، درحالی‌که اقدام‌کنندگان به خودکشی خاطرات کلی را از حافظه بازخوانی retrieval کردند. همچنین خودکشی‌کنندگان در مقایسه با گروه گواه، مدت

خلاصه

فرضیه زیرساز این مطالعه این است که بیماران افسرده اقدام‌کننده به خودکشی هنگام بازخوانی اطلاعات از حافظه شخصی، بیش‌کلی‌گرا هستند و سرعت یادآوری‌شان کندتر از افراد عادی است. بیست بیمار افسرده که با مصرف زیاد از حد دارو اقدام به خودکشی کرده بودند، نیز انتخاب شدند. یک گروه از افراد سالم (۲۰ = ۵ که از نظر سن، جنس و سطح تحصیلات با آن هم‌تناسازی شده بود، به‌عنوان گروه گواه برگزیده شدند. در یک مطالعه مقدماتی قهرستی از واژه‌های سه‌گانه (خوشایند، ناخوشایند و خنثی) تهیه شد پس از اعتباریابی این قهرست در جمعیت عادی، ۱۵ واژه (۵ واژه خوشایند، ۵ واژه ناخوشایند و ۵ واژه خنثی) که از حیث میزان خوشایندی/ناخوشایندی و نیز میزان رایج بودن بهترین وضعیت را داشتند، برای استفاده در آزمون اصلی برگزیده شدند. نتایج نشان داد که گروه بیمار در هنگام پاسخ‌گویی به واژه‌های خوشایند کندتر و در هنگام پاسخ‌گویی به واژه‌های ناخوشایند سریع‌تر عمل کردند. همچنین در واکنش به واژه‌ها (صرف‌نظر از حالت خوشایند، ناخوشایند و خنثی بودن آن‌ها)، بازخوانی حافظه شخصی در گروه بیمار بیش‌کلی‌گرا بود. تفاوت‌ها و شباهت‌های نتایج تحقیق حاضر قبلی مورد بحث قرار خواهد گرفت.

۱- نشانی تماس: تهران، کارگر جنوبی، پانین تر از چهارراه لشکر، بیمارستان روزبه

نمونه

۲۰ نفر (۱۲ زن و ۸ مرد؛ سن متوسط = ۲۸/۰۵) از افراد اقدام کننده به خودکشی با مصرف بیش از حد دارو که در بخش مسمومین بیمارستان لقمان (تهران) بستری بودند، بطور غیر تصادفی (براساس موارد موجود) انتخاب شدند. افرادی انتخاب شدند که: طبق معیارهای DSM-IV مبتلا به افسردگی مازور MDD بودند؛ دارای هیچ ضایعه مغزی نبودند؛ و در گذشته از مشکلات روانی (غیر از افسردگی) در رنج نبوده‌اند. آزمودنی‌های گروه گواه، افراد سالمی بودند که هیچ ناراحتی روانی و یا بیماری جسمی برجسته‌ای نداشتند. آزمودنی‌های گروه گواه یک‌به‌یک براساس سن (۵± سال: سن متوسط = ۲۷/۶۵)، جنس و سطح تحصیلات به‌دقت هم‌سازی شدند.

مواد و ابزار

۱- فهرست واژگان هیجانی برای آزمون بازخوانی حافظه شخصی: ۶۰ واژه (صفت) خوشایند، ناخوشایند و خنثی (هر کدام ۲۰ واژه) برگرفته شده از متون و مطالعات انجام شده قبلی انتخاب شد. جهت اعتباریابی مقدماتی، فهرست واژگان به یک نمونه ۶۰ نفره داده شد تا (الف) خوشایندی، ناخوشایندی و خنثی بودن (حالت هیجانی) و (ب) رایج/غیر رایج بودن هر واژه را مشخص کنند. در پایان ۵ واژه در هر گروه "خوشایند"، "ناخوشایند" و "خنثی" که از حیث معیارهای الف و ب بهترین وضعیت (درصد بیشتری از آزمودنی‌های در حالت هیجانی و رایج/غیر رایج بودن توافق داشتند) را داشتند، برگزیده شدند تا در آزمایش اصلی بکار گرفته شوند. سعی شد واژه‌ها مربوط به هیجان‌های مختلف باشند. واژه‌ها به تفکیک حالت هیجانی عبارت بودند از لذیذ، سرزنده، آرام، خوشحال و خنده‌دار (خوشایند)؛ عصبی، غمگین، چندش‌آور، ترسو و خشن (ناخوشایند)؛ کتاب، پنجره، دوچرخه، درخت و ساعت (خنثی).

در پایان واژه‌ها در پنج واحد block سه‌تای به‌گونه‌ای ترتیب‌بندی شدند که تقدم و تأخر واژه‌های خوشایند، ناخوشایند و خنثی بصورت بود. متوازن خوانده counterbalanced واژه‌ها توسط آزمونگر برای آزمودنی شد و تأخیر زمانی در آغاز کردن سخن برای هر واژه بوسیله کرنومتر اندازه‌گیری شد. همچنین میزان اختصاصی/کلی بودن محتوای کلام براساس یک مقیاس ۱۰ - ۰ سنجیده شده؛ صفر کلی‌گویی تام و ۱۰ اختصاصی‌گویی تام را نشان می‌دهد. میزان اختصاصی/کلی بودن براساس معیارهای زمان (تاریخ، روز، ماه، فاصله زمانی، مدت زمان) مکان (نام مکان، جزئیات اطراف)، اشخاص (جنس، نام، نسبت، سن)، اشیاء (نام

زمان طولانی‌تری طول کشید تا پس از شنیدن واژه مثبت، خاطره‌ای را به یاد آورند؛ اما زمان تأخیر آن‌ها در یادآوری خاطرات در پاسخ به واژه‌های منفی با گروه گواه قابل مقایسه بود. ویلیامز و دریتشل (Williams & Dritschel 1988) تفاوتی در سرعت پاسخ‌گویی نیافتند، اما یک نوع بیش‌کلی‌گرایی over-generality در خاطرات اقدام‌کنندگان به خودکشی مشاهده نمودند. پدیده بازخوانی بیش-کلی‌گرا از حافظه در بیماران افسرده نیز مشاهده شده است (Williams & Scott 1988, Moore et al. 1988). ویلیامز و دریتشل (۱۹۸۸) براساس چهارچوب "توصیف‌های" به تبیین شناختی "descriptions" نورمن و بوپراو (Norman & Bobrow 1979) حافظه بیش-کلی‌گرا پرداخته‌اند. این تبیین حاکی از آن است که افراد فقط میزان محدودی از اطلاعات ممکن - فهرست ناکاملی از خصوصیات یا تصاویر ناقص - را رمزگذاری می‌کنند و برای رمزگذاری یا ناقص تشکیل بازخوانی هر بسته اطلاعاتی، یک توصیف یا نشانگر می‌شود که یک index ورودی را برای حافظه فراهم می‌سازد. برای رمزگذاری و بازخوانی، سطوح واسطی از توصیف بکار گرفته می‌شود و یادآوری بیش-کلی به مثابه کنش هر دو فرآیند رمزگذاری و بازخوانی تلقی می‌شود. در همین مدل نظری که ویلیامز و هولان بازخوانی حافظه شخصی را به مثابه فعالیت حل مسئله problem solving قلمداد می‌کنند (Williams & Hollan 1981).

حافظه بیش-کلی‌گر بر فرآیند حل مسئله اثر تخریبی و مختل‌کننده دارد (Williams & Dritschel 1988, Williams & Broadbent 1986). هم تعریف مسئله و هم تولید راه‌حل‌های جایگزین نیاز به توانایی کافی برای استفاده از "بانک اطلاعاتی" حافظه دارد. بنابراین، وجود نقص در این توانایی منجر به اختلال و ناکارآمدی در فرآیند حل مسئله می‌گردد. ایوانز Evans، ویلیامز و همکاران (۱۹۹۲) در یک مطالعه تجربی، نشان دادند که بین‌گرایی بیش-کلی در بازخوانی حافظه شخصی و ناکارآمدی حل مسئله رابطه وجود دارد. همچنین آن‌ها در این تحقیق دریافتند که بین میزان اختصاصی بودن محتوای بازخوانی حافظه شخصی و میزان ناامیدی یک همبستگی منفی وجود دارد؛ هرچه میزان ناامیدی بالا می‌رود، از اختصاصی بودن یادآوری‌ها کاسته می‌شود. به لحاظ تئوری، بیش-کلی‌گرایی در یادآوری‌ها از حافظه شخصی و در نتیجه ناکارآمد شدن فرآیند حل مسئله می‌تواند فرد را به سوی ناامیدی و نهایتاً اقدام به خودکشی سوق دهد.

روش

اصلی، فهمیده است.

تحلیل آماری یافته‌ها

یافته‌های کمی این تحقیق به وسیله برنامه SPSS برای Windows تحلیل آماری شد. یک تحلیل واریانس چندمتغیره سه طرفه [۲] (جنسیت: مرد، زن) × ۲ (گروه: بیمار، سالم) × ۲ (دسته هیجانی: خوشایند، ناخوشایند).

با مقیاس‌های تکرار شده *repeated measures*، به طور جداگانه برای هر دو متغیر تأخیر زمانی و *latency* و اختصاصی بودن *specificity* پاسخ‌ها بکار برده شد، به گونه‌ای که حالت هیجانی و *valence* "گروه" به عنوان متغیر "درون آزمودنی" *within-subject* جنسیت (مرد، زن) به عنوان متغیر "برون آزمودنی" *between-subject* در نظر گرفته شدند. چنانچه یک تعامل بین "حالت هیجانی" و "گروه" آشکار می‌شد، متغیر گروه از محاسبه حذف می‌شد و یک تحلیل واریانس چندمتغیره دوطرفه به طور جداگانه برای هر گروه انجام می‌شد. در همه موارد روش ویلکز بکار *Wilks* برای ارزیابی نسبت *F* و سطح معنی داری *P* گرفته شد.

همچنین برای تکمیل این تحلیل از آزمون پلی‌نومیال *polynomial* با محاسبه *t* برای ارزیابی گرایش خطی و غیرخطی متغیرها استفاده شد. در صورت وجود گرایش خطی یا غیرخطی، آزمون *t-test* برای نمونه همتا شده *paired* جهت مقایسه دوه‌دو بین متغیرها در سه حالت خوشایند، ناخوشایند و خنثی استفاده شد. همچنین این آزمون برای مقایسه میزان افسردگی و ناامیدی در دو گروه بکار رفت.

همچنین همبستگی پیرسون برای بدست آوردن ضریب همبستگی برای میزان افسردگی و ناامیدی، میزان ناامیدی و میزان اختصاصی بودن، میزان ناامیدی و تأخیر زمانی، در هر سه حالت هیجانی و برای دو گروه استفاده شد.

نتایج

میزان افسردگی و ناامیدی

میزان افسردگی اقدام‌کنندگان به خودکشی (۳۶/۵ = میانگین) به طور معنی‌داری بیشتر از گروه کنترل (۱۰/۳۰ = میانگین) بود. $P < ۰/۰۰۱$. $t(۱۹) = ۱۰/۱۹$ همچنین گروه اقدام‌کننده (۱۲/۲۰ = میانگین) نمرات بیشتری را نسبت به گروه گواه (۵/۲۵ = میانگین) در مقیاس ناامیدی کسب کردند $[t(۱۹) = ۲/۵۰, P < ۰/۰۰۵]$.

شینی، شکل، رنگ) موقعیت (جشن، عزا و...)، درجه‌بندی کمی *rate* می‌شد. برای بالا رفتن روانی و اجتناب از سوگیری آزمونگر، گفته‌ها توسط دو ارزیاب (آزمونگر و دیگری) امتیاز داده شد. امتیاز نهایی براساس توافق دو ارزیاب بود. ضمناً این بخش از آزمایش بوسیله ضبط صوت ثبت شد و سپس نوار پیاده و توسط ارزیاب‌ها ارزیابی شد.

۲- پرسشنامه سنجش افسردگی بک (BDI): این پرسشنامه شامل ۲۱ جمله است. برای هر جمله ۴ گزینه تعیین شده است که از صفر تا ۳ امتیاز داده می‌شود. مجموع امتیازهای بالاتر نشان‌دهنده افسردگی شدیدتر است.

۳- مقیاس ناامیدی بک (Beck et al) (BHS): این مقیاس دربرگیرنده ۲۰ جمله دوگزینه‌ای (صحیح و غلط) است. مجموع امتیازات از صفر تا ۲۰ خواهد بود و امتیاز بالاتر نشانه شدت بیشتر ناامیدی است. تحقیقات نشان داده‌اند که نمرات بدست آمده در این مقیاس با شدت و فراوانی ذهنیت خودکشی (Nekanda-Trepka et al. 1983) و میل به خودکشی (Dyer & Kreitman 1984) در ارتباط است. ۴- پرسشنامه دموگرافیک: اطلاعات مربوط به سن، جنسیت، میزان تحصیلات، محل سکونت (شهر و روستا)، سابقه مشکلات روانی قبلی، نوع داروی مورد مصرف جهت درمان بیماری روانی، نوع و مقدار داروی استفاده شده برای خودکشی، سابقه خودکشی و تعداد دفعات آن، در این پرسشنامه درج می‌شد.

شیوه اجرا

اقدام‌کنندگانی که از افسردگی اصلی MDD در رنج بودند، توسط روان‌پزشک ارزیابی و به آزمونگر ارجاع داده می‌شد. پس از آن آزمونگر توضیح‌های کافی درباره این مطالعه، شیوه انجام آن و اهداف موردنظر به آزمودنی می‌داد، و سپس از کسب رضایت اجرا برای شرکت در آزمایش، را نخست از وی خواسته می‌شد تا پرسشنامه تکمیل BDI و مقیاس BHS کند. سپس آزمون بازخوانی حافظه شخصی انجام می‌شد. قبل از اجرای آزمون، دستورالعمل اجرای واحدی برای آزمودنی‌ها خوانده می‌شد. این دستورالعمل حاکی از آن بود که تعدادی واژه بصورت مجزا خوانده خواهد شد و فرد اولین واقعه‌ای را که با شنیدن واژه بیاد می‌آورد، بایستی با جزئیات کامل بیان کند. واقعه می‌تواند مهم باشد یا بی‌اهمیت، و یا در گذشته دور اتفاق افتاده باشد یا در گذشته نزدیک. واقعه بایستی حداکثر در طول یک روز اتفاق افتاده باشد. دو مثال برای آزمودنی زده می‌شد تا اطمینان حاصل شود که آزمودنی روش کار را پیش از شروع آزمایش

همبستگی‌ها

یافته‌های حاصل از محاسبات همبستگی نشان می‌دهد که در گروه اقدام‌کنندگان به خودکشی همبستگی‌های معنی‌داری بین اختصاصی بودن^۱ و "تأخیر زمانی"^۲ در هر سه حالت هیجانی خوشایند ($P < 0/05$), $r = -0/46$ ، خنثی ($r = 0/54$, $P < 0/05$) و ناخوشایند ($r = 0/5$, $P < 0/05$) وجود دارد؛ در گروه سالم، تنها همبستگی معنی‌دار در حالت خنثی بدست آمد ($r = -0/55$, $P < 0/05$).

با توجه به منفی بودن ضرایب، این یافته‌ها بدان معنی است که در گروه بیمار هنگامی که واژه‌های خوشایند، ناخوشایند و خنثی، موجب بازخوانی اطلاعات کلی‌تری شده است، سرعت پاسخ‌گویی نیز کاهش پیدا کرد BDI (زمان تأخیر در پاسخ‌گویی افزایش یافته است). همچنین این و محاسبات نشان‌دهنده ضریب بالای همبستگی معنی‌دار بین $P < 0/62$ ($r = 0/57$, $P < 0/05$) و $r = 0/57$ ، $P < 0/05$ و سالم ($r = 0/1$) هنگامی که محاسبات همبستگی را برای مجموع یافته‌های دو گروه

انجام دادیم، به‌گونه قابل توجهی همبستگی‌های معنی‌داری بین متغیرهای مختلف آشکار شد. جدول ۱ نشان‌دهنده ضرایب همبستگی

بین این متغیرها و نیز سطح معنی‌داری آن‌ها است. ضریب همبستگی بالا بین میزان افسردگی (BDI) و میزان ناامیدی (BHS) نشانگر هماهنگی این دو مقیاس بالینی است. ضرایب همبستگی منفی (معنی‌دار) بین هر دو مقیاس افسردگی و ناامیدی با اختصاصی بودن پاسخ (در هر سه حالت هیجانی خوشایند، ناخوشایند و خنثی) نشان می‌دهد که با افزایش میزان افسردگی و ناامیدی از میزان اختصاصی بودن پاسخ‌ها کاسته و بر میزان کلی بودن آن افزوده می‌شود. علاوه بر این ضرایب‌های همبستگی مثبت (معنی‌دار برای خوشایند و خنثی و کمی فراتر از سطح معنی‌داری $0/05$ برای ناخوشایند) نشانگر آن است که با بالا رفتن افسردگی و ناامیدی، زمان تأخیر در پاسخ‌گویی افزایش می‌یابد (سرعت پاسخ‌گویی کاسته می‌شود). افزون‌براین، همبستگی‌های منفی بین اختصاصی بودن^۱ و "تأخیر زمانی"^۲، همان‌گونه که در گروه بیمار مشاهده شد، در مورد داده‌های کلی نیز بدست آمد.

تأخیر زمانی

شکل ۱ میانگین تأخیر زمانی را در سه حالت هیجانی خوشایند،

| متغیرها | ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ | ۶ | ۷ | ۸ |
|------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|---|
| (۱) میزان افسردگی | $r = 0/78$ | $r = -0/73$ | $r = -0/64$ | $r = -0/67$ | $r = 0/56$ | $r = 0/46$ | $r = 0/27$ | |
| | $P < 0/001$ | $P < 0/001$ | $P < 0/001$ | $P < 0/001$ | $P < 0/001$ | $P < 0/01$ | $P < 0/001$ | |
| (۲) میزان ناامیدی | - | $r = 0/54$ | $r = -0/42$ | $r = -0/46$ | $r = 0/25$ | $r = 0/34$ | $r = 0/06$ | |
| | | $P < 0/001$ | $P < 0/01$ | $P < 0/01$ | $P < 0/01$ | $P < 0/05$ | $P < 0/01$ | |
| (۳) اختصاصی بودن (خوشایند) | - | - | - | - | $r = 0/56$ | - | - | |
| | | | | | $P < 0/001$ | | | |
| (۴) اختصاصی بودن (خنثی) | - | - | - | - | - | $r = -0/62$ | - | |
| | | | | | | $P < 0/001$ | | |
| (۵) اختصاصی بودن (ناخوشایند) | - | - | - | - | - | - | $r = -0/26$ | |
| | | | | | | | $P < 0/05$ | |
| (۶) تأخیر زمانی (خوشایند) | - | - | - | - | - | - | - | |
| (۷) تأخیر زمانی (خنثی) | - | - | - | - | - | - | - | |
| (۸) تأخیر زمانی (ناخوشایند) | - | - | - | - | - | - | - | |

جدول ۱. ضرایب همبستگی بین متغیرهای مختلف (و سطح معنی‌داری آن‌ها) با توجه به مجموع یافته‌های دو گروه ($n = 40$)

اختصاصی بودن پاسخ‌ها

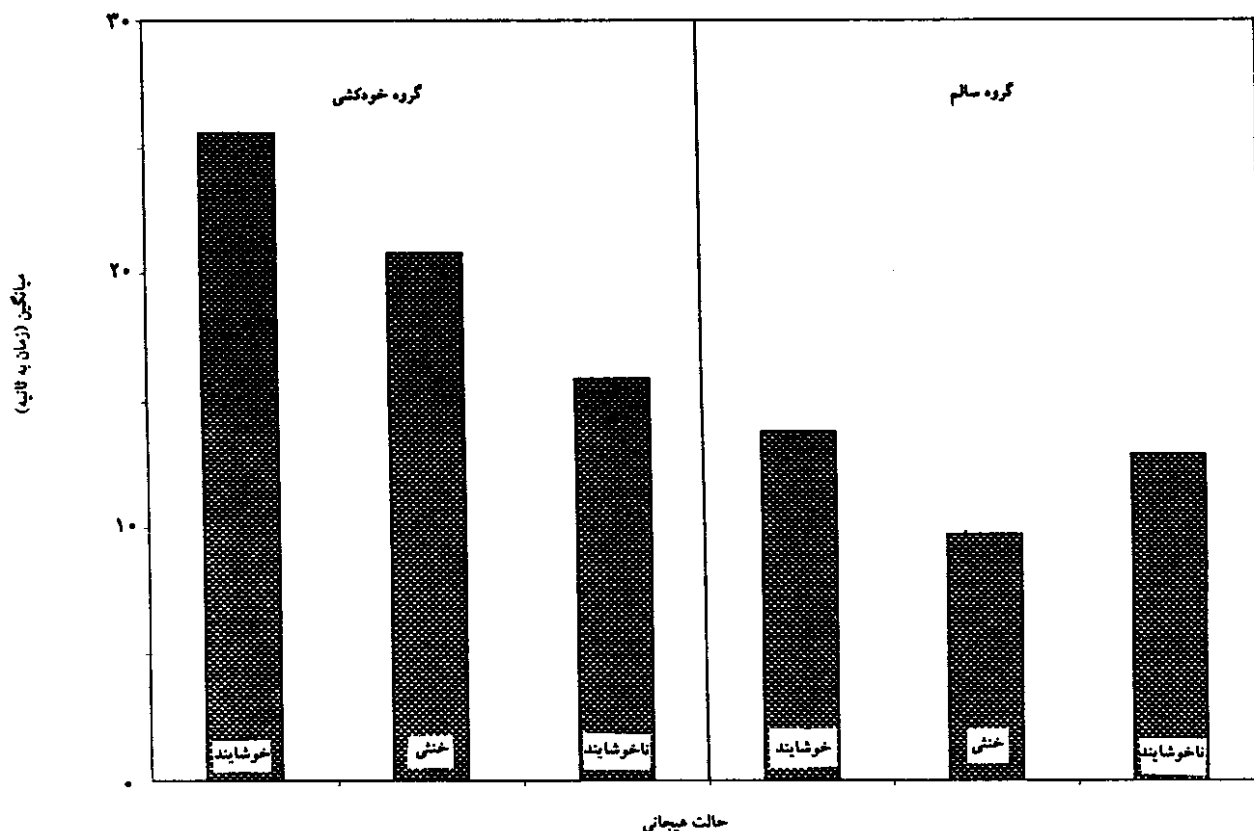
شکل ۲ نشانگر میانگین درجه‌بندی اختصاصی بودن پاسخ‌ها در سه حالت هیجانی خوشایند، ناخوشایند و خنثی، برای دو گروه سالم و بیمار است. متغیر حالت هیجانی در کل داده‌های دو گروه معنی‌دار بود ($P < 0/001$)، همچنین تعامل آماری گروه × حالت هیجانی معنی‌دار بود ($F(2,16) = 33/06, P < 0/001$).

تکرار تحلیل آماری برای هر گروه به‌طور جداگانه، آشکار ساخت که اثر دسته هیجانی در گروه اقدام‌کنندگان به خودکشی معنی‌دار بود ($P < 0/05$)، در حالی که حالت هیجانی در گروه سالم دارای هیچ اثر معنی‌داری نبود. مجموع این محاسبات حاکی از آن است که بازخوانی حافظه اقدام‌کنندگان به خودکشی به بیش‌کلی‌گرایی نزدیک‌تر است، در حالی که آزمودنی‌های سالم به‌طور اختصاصی‌تری خاطرات را بیاد آورده‌اند.

در این محاسبات جنسیت هیچ اثر اصلی و یا تعاملی با دیگر متغیرها نداشت. درحین انجام تحلیل‌های آماری توسط برنامه رایانه‌ای، به دلیل بی‌پاسخ ماندن یکی از حالت‌های هیجانی درمورد یکی از آزمودنی‌های بیمار، داده‌های وی به‌طور خودکار حذف شد ($df = 16$).

ناخوشایند و خنثی، و برای دو گروه سالم و بیمار نشان می‌دهد. تحلیل آماری یک اثر معنی‌دار برای متغیر حالت هیجانی را نشان داد. ($P < 0/001$)، $F(2,16) = 8/18$ هیچ اثر اصلی یا اثر تعاملی برای عامل جنسیت پیدا نشد. تعامل حالت هیجانی × گروه از نظر آماری معنی‌دار بدست آمد ($F(2,16) = 7/08, P < 0/001$).

پس از انجام تحلیل آماری به‌طور جداگانه برای هر دو گروه، اثر حالت هیجانی در هر دو گروه معنی‌دار بود گروه [گروه سالم: $P < 0/05, F(2,16) = 3/95$ ؛ گروه بیمار: $F(2,16) = 12/80, P < 0/001$]. با این تفاوت که این اثر در گروه بیمار دارای یک گرایش خطی linear trend معنی‌دار است ($P < 0/0001$ و $t = 5/11$)، در حالی که این اثر در گروه سالم دارای یک اثر غیرخطی quadratic trend است ($P < 0/05$ و $t = 2/46$). این بدان معناست که در گروه بیمار در هنگام پاسخ‌گویی به واژه‌های خوشایند، و در بیشترین مشاهده [$t(19) = 2/08, P = 0/05$] هنگام پاسخ‌گویی به واژه‌های ناخوشایند کمترین زمان تأخیر زمان [$t(19) = 2/50, P < 0/05$] شد؛ تأخیر در هنگام پاسخ‌گویی به واژه‌های خنثی در بین این دو قرار داشت. در مورد گروه سالم، زمان تأخیر برای هر حالت خوشایند و ناخوشایند بیش از وضعیت خنثی است.



شکل ۱. تأخیرهای زمانی آزمودنی‌ها در گروه اقدام‌کنندگان به خودکشی و گروه سالم در واکنش به واژه‌های هیجانی سه‌گانه (خوشایند، خنثی، ناخوشایند)

بحث

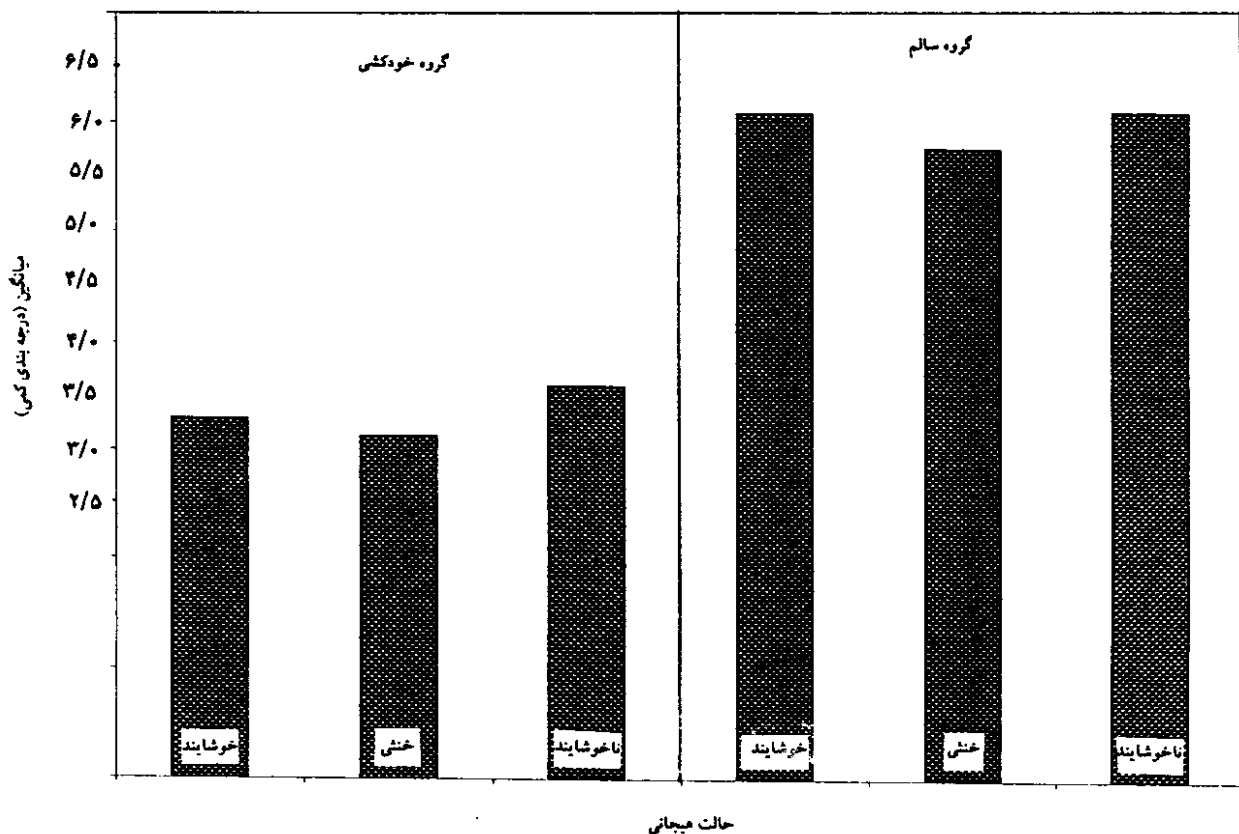
سوگیری bias هر دسته واژه‌های هیجانی مشاهده کرده است؛ یعنی اقدام‌کنندگان به خودکشی پس از شنیدن واژه‌ها (با هر سه حالت خوشایند، ناخوشایند و خنثی)، ویژگی‌های کلی (و نه اختصاصی) تری را از حافظه شخصی بازخوانی می‌کنند.

از نظر تأخیر زمانی در یادآوری، یافته‌های حاضر با نتایج ویلیامز و برودبنت (۱۹۸۶) و ایوانز و همکاران (۱۹۹۲) هماهنگ است. یعنی اقدام‌کنندگان به خودکشی در هنگام بازخوانی حافظه شخصی در واکنش به واژه‌های خوشایند، در مقایسه با گروه کنترل با سرعت کمتری عمل کردند، درحالی که در واکنش به واژه‌های ناخوشایند با سرعت بیشتری پاسخ دادند. گروه همتا (سالم) پس از شنیدن واژه‌های خوشایند و نیز واژه‌های ناخوشایند تقریباً با سرعت یکسان پاسخ دادند؛ البته سرعت یادآوری در گروه کنترل از گروه اقدام‌کنندگان بیشتر بود. این یافته‌ها مؤید آن است که ظاهراً در گروه بیمار، رخداد‌های منفی ثبت شده در حافظه شخصی در دسترس‌تر از رخداد‌های مثبت است و فرد بیمار به آسانی به آن‌ها دست می‌یابد. به نظر می‌رسد بیماران افسرده برای رسیدن به راهبردهای سازگاری، نیازمند بازخوانی اطلاعات مثبت از حافظه هستند. اختلال در دستیابی به اطلاعات مثبت می‌تواند به اختلال در فرآیند سازگاری منجر شود. افزون بر این، نتایج مربوط به همبستگی متغیرها

هدف اصلی این تحقیق ارزیابی حافظه شخصی در اقدام‌کنندگان به خودکشی که از افسردگی اصلی در رنج بوده‌اند، و ارتباط آن با میزان افسردگی و ناامیدی آن‌ها بود.

نتایج نشان داد که اقدام‌کنندگان به خودکشی (در مقایسه با گروه گواه) افسرده و ناامیدتر هستند. اقدام‌کنندگان به خودکشی در بازخوانی حافظه شخصی بیش-کلی‌گرا بودند درحالی‌که گروه سالم پاسخ‌های اختصاصی تری را ارائه دادند؛ گروه بیمار در واکنش به واژه‌های خوشایند، ناخوشایند و خنثی به یک میزان پاسخ‌های بیش-کلی ارائه دادند؛ گروه سالم نیز در واکنش به واژه‌های هیجانی سه‌گانه تقریباً به یک میزان مطالب اختصاصی تری را به یاد آوردند. این نتیجه از آن جهت که بیش-کلی‌گرا بودن بازخوانی حافظه را در اقدام‌کنندگان به خودکشی تأیید می‌کند، نتایج مطالعات پیشین توسط ویلیامز و برودبنت (۱۹۸۶) و ایوانز و همکاران (۱۹۹۲) را تکرار کرده است. اما نتایج مطالعه حاضر از جهتی با مطالعات قبلی متفاوت است.

تحقیقات قبلی حاکی از گرایش بیش-کلی در مطالب یادآوری شده فقط در پاسخ به واژه‌های خوشایند است، اما مطالعه حاضر این نوع را در



شکل ۲. میزان اختصاصی بودن پاسخ‌های آزمودنی‌ها در گروه اقدام‌کنندگان به خودکشی و گروه سالم در سه حالت هیجانی (خوشایند، خنثی، ناخوشایند)

یک مطالعه طولی هستیم. در مورد دوم، یعنی وضعیت شناختی قبل از خودکشی، انجام سنجش شناختی در بیمارانی که دارای افکار خودکشی یا انگارپردازی خودکشی suicide ideation هستند، ممکن است بتواند تاحدی مسئله را حل کند (اینک چنین مطالعه‌ای در بیمارستان روزبه، مرکز مطالعات شناخت و رفتار، توسط مؤلفین در حال انجام است).

آزمونگر در این مطالعه از فرضیه زیرساز تحقیق مطلع بود، و این آگاهی می‌توانست موجب سوگیری وی در تبدیل کیفی به کمی یافته‌های آزمایش شود. برای کاستن از تأثیر این عامل مداخله‌گر، یک ارزیاب دیگر به‌طور مستقل تمام ارزیابی‌های کمی را براساس نوار ضبط شده صدا دوباره انجام داد. درجه‌بندی کمی نهایی، نمره توافق بین آزمونگر و ارزیاب دوم بود.

کوتاه‌سخن آن که تحقیق حاضر توانست در شرایط تجربی، یافته‌هایی را بدست آورد مبنی بر (۱) کندی شناختی اقدام‌کنندگان به خودکشی (مبتلا به افسردگی اصلی) در بازخوانی اطلاعات از حافظه شخصی و (۲) غیراختصاصی بودن اطلاعات بازخوانی شده بدست آورد. تحقیق حاضر اولین کار مطالعه تجربی برای آزمودن بازخوانی حافظه شخصی در اقدام‌کنندگان به خودکشی در ایران به حساب می‌آید. شواهد علمی در این زمینه می‌تواند به ارائه آزمونی منتهی شود که بتوان با کمک آن به شناسایی بیماران افسرده ایرانی‌ای پرداخت که احتمالاً در مسیر اقدام به خودکشی قرار گرفته‌اند. این موضوع از لحاظ پیشگیری حائز اهمیت است. مؤلفین امیدوارند در مقالات بعدی ارتباط پیچیده‌تر یافته‌های موجود را با عوامل دیگر از جمله افسردگی، اضطراب، عدم احساس لذت، هوش و ... anhedonia گزارش کنند.

حکایت از آن دارد که یک نسبت معکوس بین تأخیر زمانی در پاسخ‌گویی و میزان اختصاصی بودن پاسخ‌ها وجود دارد؛ هرچه از میزان اختصاصی بودن پاسخ کاسته شود، تأخیر زمانی در پاسخ‌گویی افزایش می‌یابد. این یافته نه تنها در گروه بیمار بلکه در کل داده‌های آزمودنی‌ها (مجموع بیماران و سالم‌ها) نیز مشاهده شد.

در روانشناسی شناختی نشان داده شده است که بازخوانی از حافظه شخصی می‌تواند فرآیند حل مسئله را تسهیل کند (Williams & Hollan 1981). به لحاظ نظری، در حقیقت فرد در هنگام مواجهه با یک مسئله، به خاطرات شخصی خود که در حافظه‌اش ثبت شده است، مراجعه می‌نماید و از آن‌ها برای حل مسئله سود می‌برد. اختلال در بیرون کشیدن خاطرات و اطلاعات اختصاصی و روشن از حافظه شخصی، می‌تواند فرد را در حل مسئله ناامید سازد. نظریه پردازان شناختی (Williams et al. 1986) معتقدند که احساس ناامیدی (و نیز خشم) و شکست مکرر در حل مسائل و مشکلات زندگی می‌تواند فرد را مستعد خودکشی کند. ایوانز و همکاران (۱۹۹۲) ارتباط کمبود در بازخوانی حافظه شخصی و حل مسئله را نشان داده‌اند. اینک، مؤلفین مطالعه حاضر در حال جمع‌آوری داده‌هایی در این زمینه هستند تا چگونگی این ارتباط را در جمعیت ایرانی بررسی و گزارش کنند.

ممکن است بیماران افسرده اقدام‌کننده به خودکشی، سوگیری‌های ویژه‌ای در حافظه شخصی‌شان داشته‌اند که آن‌ها را برای اختلال هیجانی و نیز برای خودکشی آسیب‌پذیر ساخته است. تنها اطلاع از وضعیت فرد قبل از بیماری افسردگی و نیز قبل از خودکشی می‌تواند این ابهام را برطرف کند. در مورد اول، یعنی وضعیت شناختی قبل از بیماری، نیازمند

منابع

Beck AT, Weissman A, Lester D & Trexler L (1974). The measurement of pessimism: the hopelessness scale. *Journal of Consulting Clinical Psychology*. 42, 861-865.

Dyer JAT & Kreitman N (1984). Hopelessness, depression and suicidal intent in parasuicide. *British Journal of Psychiatry*. 144, 127-133.

Moore RG, Watts FN & Williams JMG (1988). The

specificity of personal memories in depression. *British Journal of Clinical Psychology*. 27, 275-276.

Nekanda-Trepka CJS, Bishop S & Blackburn IM (1983). Hopelessness and depression. *British Journal of Clinical Psychology*. 22, 49-60.

Norman DA & Bobrow DG (1979). Descriptions: an intermediate stage in memory retrieval. *Cognitive Psychology*.

11, 107-123.

Teasdale JD & Russell ML (1983). Differential effects of induced mood on recall of positive, negative and neutral words. *British Journal of Clinical Psychology*. 22, 163-172.

Williams JMG & Broadbent K (1986). Autobiographical memory in attempted suicide. *Journal of Abnormal Psychology*. 95, 144-149.

Williams JMG & Dritschel B (1988). Emotional disturbance and the specificity of autobiographical memory. *Cognition and Emotion*. 2, 221-234.

Williams JMG & Scott J (1988). Autobiographical memory in depression. *Psychological Medicine*. 18, 689-695.

Williams MD & Hollan JD (1981). The process of retrieval from very long-term memory. *Cognitive Science*. 5, 87-119.