

نقش حافظه سرگذشتی و مسئله گشایی در افسردگی و انگاره‌پردازی خودکشی

دکتر حسین کاویانی

دانشگاه علوم پزشکی تهران

دکتر مهدی رحیمی درآباد

پزشک عمومی

دکتر حمیدرضا نقوی

دانشگاه علوم پزشکی تهران

مقدمه

یکی از تحقیقات پیشین (کاویانی رحیمی و نقوی ۱۳۷۸) نشان داد که بیماران افسرده‌ای که دست به خودکشی زده بودند، در آزمایش بازخوانی retrieval از حافظه سرگذشتی autobiographical memory در پاسخ به محرک-واژه‌های خوشایند cue-words، کندتر و در پاسخ به محرک-واژه‌های ناخوشایند، سریع‌تر از گروه سالم عمل کردند. همچنین عملکرد آنها در بازخوانی از حافظه سرگذشتی، بیش-کلی‌گرا (overgeneral) بود. وجه بیش-کلی‌گرا بودن بازخوانی از حافظه، یافته‌ای است که قبلاً توسط ویلیامز و برودبنت (Broadbent & Williams 1986) و ایوانز Evans و همچنین ویلیامز و همکاران (Williams et al. 1992) به دست آمده است؛ تحقیقات ویلیامز و همکارانش حاکی از بیش-کلی‌گرایی پاسخ در مقابل محرک-واژه‌های خوشایند بود، در حالی که نتایج ما این سوگیری bias را برای هر سه دسته واژه‌های هیجانی (خوشایند، ناخوشایند و خنثی) نشان داد. اما هنوز پرسش‌های بسیاری در برابر روان‌شناسان بالینی که علاقه‌مند به بررسی کنش‌های شناختی در بیماران افسرده هستند، وجود دارد. از جمله آن که آیا اختلال و کمبود در شناخت (مثلاً در حافظه سرگذشتی) پیش‌آیند افسردگی است و یا پس‌آیند آن؟ بی‌شک به لحاظ روش‌شناختی، تنها یک طرح تحقیقی طولی longitudinal می‌تواند به این

خلاصه

مشکلات بالینی در دهه گذشته بیش از پیش نشان داده‌است که بازخوانی از حافظه سرگذشتی و فرآیند مسئله گشایی در بیماران افسرده دچار اختلال است. هدف اصلی این تحقیق کاوش درباره کمیودها در این دو زمینه در بیماران افسرده انگاره‌پرداز خودکشی و بیماران افسرده فاقد انگاره‌پردازی خودکشی است.

یک مقایسه سه‌گانه میزان انگاره‌پردازی خودکشی برای سه‌گانه بیماران افسرده به دو گروه انگاره‌پرداز (N=۶۰) و انگاره‌ناپرداز (N=۶۰) که از نظر سن، جنس و میزان تحصیلات همسان‌سازی شده بودند، به‌کار برده شد. همچنین پرسشنامه افسردگی بک، آزمایش مسئله گشایی و آزمایش بازخوانی از حافظه سرگذشتی برای هر دو گروه مورد استفاده قرار گرفت.

نتایج نشان داد که انگاره‌پردازان خودکشی در بازخوانی از حافظه سرگذشتی، مخصوصاً در پاسخ به محرک-واژه‌های مثبت و خنثی، دچار بیش-کلی‌گرایی بودند. از سوی دیگر، عملکرد انگاره‌پردازان در آزمایش مسئله گشایی نشانگر راه‌حل‌های کمتر-کم‌توجه‌تر و کارایی پایین‌تر نسبت به عملکرد انگاره‌ناپردازان بود. همچنین یک ضرب همبستگی معنی‌دار بین میزان اختصاصی بودن بازخوانی‌ها از حافظه و میزان کارایی راه‌حل‌ها در فرآیند مسئله گشایی به دست آمد.

تصویر کاملتری از چگونگی ارتباط بازخوانی اطلاعات از حافظه سرگذشتی و فرآیند مسئله‌گشایی در جمعیت افسرده ترسیم کنیم.

روش

آزمودنی‌ها: دو گروه ۲۰ نفره در این مطالعه شرکت داده شدند. یک گروه شامل ۲۰ بیمار افسرده [۱۰ مرد (متوسط سن = ۲۵/۵۰) و ۱۰ زن (متوسط سن = ۲۹/۷۰)] دارای انگاره‌پردازی خودکشی بود. گروه دیگر شامل ۲۰ بیمار افسرده [۱۰ مرد (متوسط سن = ۲۵/۲۰) و ۱۰ زن (متوسط سن = ۲۸/۷۰)] فاقد انگاره‌پردازی خودکشی بود. هر دو گروه از میان مراجعه‌کنندگان سرپایی بیمارستان روزبه و یا بستری در بخش‌های این بیمارستان انتخاب شدند. آزمودنی‌های دو گروه از نظر سن (± 5 سال) و جنس و سطح تحصیلات هم‌تاسازی شده بودند و در محدوده سنی ۱۸ تا ۴۵ سال قرار داشتند. آنها براساس معیارهای تشخیصی DSM-IV مبتلا به اختلال افسردگی اصلی MDD بودند و پس از مصاحبه بالینی توسط یک روان‌پزشک، به آزمونگر ارجاع داده می‌شدند. آزمودنی‌ها نبایستی در تاریخچه خود هیچ نوع ضایعه مغزی یا بیماری روانی (غیر از افسردگی) می‌داشتند. معیار تقسیم دو گروه به انگاره‌پرداز و انگاره ناپرداز خودکشی، براساس یک پرسشنامه تشخیصی بود (به قسمت بعد مراجعه کنید).

ابزار و طرح تجربی: ۱- آزمایه بازخوانی از حافظه سرگذشتی (Williams & Broadbent 1986) این آزمایه شامل ۱۵ محرک-واژه با بار هیجانی خوشایند، ناخوشایند و خنثی است. این آزمایه در یک مطالعه قبلی برای فرهنگ ایرانی اعتباریابی شد (کاوایی و همکاران ۱۳۷۸). در این آزمون واژه‌ها به ترتیبی متوازن counterbalanced برای آزمودنی خوانده می‌شود. آزمودنی پس از شنیدن هر واژه بایستی اولین رخدادی را که به ذهنش می‌رسد بگوید؛ رخداد بایستی حداکثر در یک روز اتفاق افتاده باشد. تأخیر زمانی latency در پاسخ‌گویی ثبت می‌گردد و نیز میزان اختصاصی بودن specificity محتوای گفته‌های آزمودنی براساس مقیاس ۱-۱۰ (صفر معادل بیش-کلی‌گویی تام و ۱۰ معادل اختصاصی‌گویی تام است) درجه‌بندی کمی می‌شود. معیارهای زمان (تاریخ، روز، ماه، فاصله زمانی، مدت زمان) مکان (نام مکان، جزئیات مکان)، اشخاص (جنس، نام، نسبت، سن) اشیاء (نام شیء، شکل، رنگ) و موقعیت (جشن، عزا، عید) به ارزیاب‌ها کمک می‌کند تا محتوای کلام را کمی‌سازی کند. در این تحقیق، برای جلوگیری از سوگیری ارزیاب، پاسخ‌ها ضبط شد و بعداً توسط دو ارزیاب (که از هویت آزمودنی بی‌اطلاع بودند)، به طور جداگانه درجه‌بندی

پرسش پاسخی نسبتاً قطعی بدهد. شاید آزمودن فرضیات مشابه در گروه‌های دیگری از جمعیت افسرده که به ظاهر در جایگاه دیگری از پیوستار سلامت-افسردگی-خودکشی قرار دارند، بتواند ما را به سوی یافتن پاسخ‌های نسبی سوق دهد؛ مطالعه بیماران افسرده دارای انگاره‌پردازی خودکشی Suicide ideation و بیماران افسرده فاقد آن، می‌تواند به تکمیل این تصویر یاری رساند. تحقیق حاضر گامی است بدین سوی.

روان‌شناسی شناختی یافته‌های مستندی برای نشان دادن ارتباط بازخوانی از حافظه سرگذشتی و چگونگی مسئله‌گشایی، ارائه می‌دهد (Williams & Hollan 1981). در حقیقت، فرد برای تسهیل فرآیند مسئله‌گشایی نیاز به بازخوانی اطلاعات از حافظه سرگذشتی خود دارد. نبودن این اطلاعات و یا نقص در بازخوانی دقیق و اختصاصی آنها، به شکست در مسئله‌گشایی (به خصوص در حیطه مسایل زندگی شخصی) منتهی می‌شود (Williams & Broadbent 1986). این ارتباط بعدها به‌طور تجربی نشان داده شد (Evans et al. 1992, Goddard et al. 1997, Sidley 1997, Goddard et al. 1996).

برخی از مؤلفین، نظیر مک‌لین (McLean 1976)، مسئله‌گشایی معیوب را نقطه مرکزی در ساختارشناختی افسرده‌ها می‌دانند. این فرض پیش از مک‌لین و پس از وی مورد تأکید مؤلفین و نظریه‌پردازان دیگر قرار گرفته است (Beck et al. 1979, Klerman 1974, Paykle 1975). تحقیقات بعدی حاکی از وجود شواهد غیرمستقیم برای اثبات چنین فرضی بود، بویژه تحقیقاتی که نشان داد فرآیند مسئله‌گشایی در افسرده‌هایی که درگیر بسیاری از عوامل استرس‌زا هستند، دچار مشکل می‌شود (Kanner 1985, Nezu & Ronan 1985, Nezu et al. 1981). ویلیامز و همکاران (Williams et al. 1986) اذعان می‌دارند که خصوصیت بیش-کلی‌گرایی هنگام بازخوانی از حافظه، بر فرآیند مسئله‌گشایی اثر تخریبی دارد. درواقع، بانک اطلاعاتی حافظه، فرد را در جهت شناخت مسئله و تولید راه حل‌های جایگزین یاری می‌رساند؛ وضعیتی که به مسئله‌گشایی ناکارآمد dysfunctional می‌انجامد. ایوانز و همکاران (Evans et al. 1992) نشان دادند که بین میزان اختصاصی بودن محتوای بازخوانی سرگذشتی و میزان ناامیدی فرد، همبستگی منفی وجود دارد. در تحقیق قبلی که در آزمایشگاه بالینی ما صورت گرفت، این یافته مورد تأیید قرار گرفت (Kaviani et al. 2000).

همان گونه که قبلاً گفته شد، تحقیق حاضر فرصتی به دست می‌دهد تا

کمی گردید. امتیاز نهایی را توافق دو ارزیاب مشخص می‌ساخت.

۲- آزمایه حل مسئله وسیله - هدف (MEPS means-end problem) (Platt & Spivack 1975): آزمایه MEPS ابزاری است که متغیرهای مؤثر در مسئله‌گشایی را می‌سنجد. این آزمایه ۱۰ موقعیت را در اختیار آزمودنی قرار می‌دهد. هر موقعیت، داستان یا ماجرابی است که ابتدا و انتهای آن مشخص شده است و فرد باید به بازسازی قسمت میانی آن بپردازد. در حقیقت فرد در برخورد با هر موقعیت، به مفهوم‌سازی قدم به قدم و رسیدن به راهبردهایی (وسیله) برای به انتها رساندن ماجرا (هدف) دست می‌زند. پاسخ‌های ارائه شده را می‌توان براساس زمان تأخیر برای پاسخ‌دهی به هر موقعیت، تعداد راه حل‌های "مربوط" relevant means، تعداد پاسخ‌های نامربوط و ناقص، میزان کارایی effectiveness هر پاسخ و نسبت مربوط بودن relevancy ratio (نسبت اقدامات مربوط به کل اقدامات ذکر شده)، کمی سازی کرد. میزان کارایی هر موقعیت بین ۰ تا ۲۰ = ناکارا، ۱ = کارا، و ۲ = کاملاً کارا) درجه بندی می‌شد؛ پس برای مجموع ۵ موقعیت بین صفر تا ۱۰ امتیاز دهی می‌شد.

در تحقیق حاضر، ۵ موقعیت از ۱۰ موقعیت آزمایه MEPS به کار برده شد. داستان‌ها بر اساس فرهنگ ایرانی بازنگری و از موارد نامأنوس دوری شد. نتایج برخی از تحقیقات که از نسخه کوتاه شده آزمایه MEPS استفاده کرده‌اند، حاکی از دستیابی به داده‌های مشابه قبلی است (Gotlib & Sieget et al. 1976, Asarnow 1979). در این آزمایه از آزمودنی خواسته می‌شود که پس از خوانده شدن هر موقعیت با استفاده از قوه تخیل خود چنان میانه داستان را کامل کند که قهرمان داستان به نتیجه پایانی داستان دست یابد.

۳- مقیاس انگاره پردازشی خودکشی (SSI: The Scale for Suicide Ideation) (Beck Kovacs & Weissman 1979): این مقیاس شامل ۱۹ سؤال سه گزینه‌ای است و برای تفکیک گروه انگاره پرداز خودکشی از گروه انگار ناپرداز، مورد استفاده قرار می‌گیرد. این مقیاس در خلال یک مصاحبه نیمه ساختاری توسط آزمونگر تکمیل می‌گردد. در تحقیق حاضر، امتیاز نهایی بر اساس توافق دو ارزیاب تعیین می‌شود. آزمودنی‌هایی که امتیازی بالاتر از ۳ کسب می‌کردند، انگاره پرداز خودکشی تلقی می‌شدند.

۴- پرسشنامه افسردگی بک (BDI) (Beck & Steer 1984): این پرسشنامه بر اساس ۲۱ علامت افسردگی و هر علامت به صورت ۴ یا ۵ جمله متفاوت تنظیم شده است و آزمودنی متناسب با حالت خود دست به انتخاب می‌زند. هرکدام از این گروه جمله‌ها از صفر تا ۳ درجه‌بندی شده

است که نمره ۳ شدت علامت را نشان می‌دهد. اعتبار نسبی این پرسشنامه در جمعیت ایرانی توسط جلیلی و اخوت (۱۳۶۳) نشان داده شده است.

۵- مقیاس ناامیدی بک (BHS) (Beck Hopelessness Scale) (Beck et al. 1974): برای سنجش میزان ناامیدی از BHS استفاده شد. این مقیاس شامل ۲۰ جمله است و آزمودنی پس از خواندن هر جمله چنانچه با حالت وی سازگار، پاسخ "صحیح" و چنانچه ناسازگار باشد، پاسخ "غلط" را علامت می‌زند. امتیاز بالا در BHS نشانه شدت احساس ناامیدی است. در این تحقیق از نسخه فارسی آن که اعتبار نسبی آن در یک مطالعه قبلی (کاوینی و همکاران ۱۳۷۸) تعیین گردید، استفاده شد. تحقیقاتی که این مقیاس را به کار گرفته‌اند، نشان داده‌اند که فراوانی فکر خودکشی و تمایل به آن در افراد ناامید فزون‌تر است (Dryer & Kreitman 1984, Nekanda-Trepka et al. 1983).

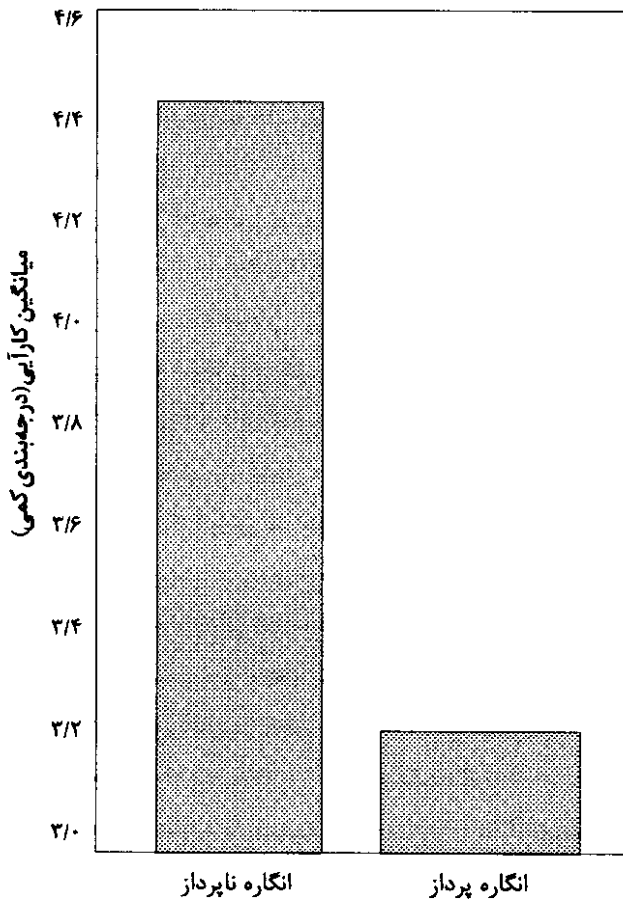
۶- پرسشنامه خصوصیات جمعیت‌شناختی: جمع‌آوری اطلاعات جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها از طریق یک پرسشنامه طراحی شده برای این هدف صورت گرفت. سوالات این پرسشنامه سن، جنس، میزان تحصیلات، محل سکونت (شهر و روستا)، شغل، وضعیت تأهل، نوع و میزان داروی مصرفی و مدت مصرف آن را پوشش می‌داد.

شیوه اجرا: آزمودنی‌ها با توجه به معیارهای ورود و حذف مطالعه، سرند و مورد آزمایش قرار گرفتند. در ابتدا، آزمونگر اطلاعات لازم درباره مطالعه و چگونگی اجرای آزمایش را در اختیار آزمودنی قرار می‌داد. چنانچه او برای شرکت در مطالعه رضایت و آمادگی داشت، کار آغاز می‌شد. نخست سوالات پرسشنامه جمعیت‌شناختی توسط آزمونگر پرسیده می‌شد و تکمیل می‌گردید. سپس آزمودنی اقدام به پر کردن BDI و BHS می‌نمود. گام بعدی انجام مصاحبه نیمه ساختاری برای تکمیل پرسشنامه SSI بود. اجرای آزمایه بازخوانی از حافظه سرگذشتی و آزمایه حل مسئله وسیله - هدف گام‌های پایانی آزمایش بودند.

دستورالعمل اجرا برای هر قسمت جداگانه بیان می‌شد. چنانچه آزمودنی در اثر طولانی شدن آزمایش خسته می‌شد، آزمونگر را در جریان می‌گذاشت و پس از استراحت کافی، کار ادامه می‌یافت. همچنین برای دو آزمایه دو مثال زده می‌شد و پس از کسب اطمینان از تفهیم آزمایه، اجرای اصلی انجام می‌شد.

تحلیل آماری یافته‌ها

برنامه رایانه‌ای SPSS برای Windows برای تجزیه و تحلیل آماری



شکل ۱: میانگین کارایی راه‌حل‌های ارائه شده در پاسخ دهی به آزمایش مسئله‌گشایی وسیله هدف در دو گروه افسرده انگاره پرداز و انگاره ناپرداز خودکشی.

نتیجه معنی‌داری منتهی نشد.

بررسی تعداد راه‌حل‌ها نشان داد که گروه انگاره پرداز (۶/۶۰ = میانگین) کمتر از گروه انگاره ناپرداز (۸/۹۵ = میانگین) راه‌حل "مربوط" ارائه دادند، هرچند سطح معنی‌داری اندکی فراتر از حد تعریف شده بود ($P=0.06$) و $1/97=1.9$ ؛ تعداد راه‌حل‌های نامربوط و بی‌اثر نیز در گروه انگاره پرداز بیشتر از گروه مقابل بود.

راه‌حل‌های ارائه شده توسط گروه دارای انگاره پرداز خودکشی (۳/۲۰ = میانگین) نسبت به گروه فاقد انگاره پرداز خودکشی (۴/۴۵ = میانگین) از کارایی کمتری برخوردار بود ($P < 0.05$ و $2/14=1.9$). نمودار ۱ این وضعیت را ترسیم کرده است.

در کل محاسبات مربوط به مؤلفه‌های مسئله‌گشایی، هیچ اثر تعاملی یا اصلی برای عامل جنسیت دیده نشد.

یافته‌ها به کار گرفته شد. یک تحلیل واریانس چند متغیره سه طرفه [۲] (جنسیت: مرد، زن) 2×2 (گروه: انگاره پرداز، انگاره ناپرداز) $3 \times$ (دسته هیجانی: خوشایند، ناخوشایند، خنثی)] با مقیاس‌های تکرار شده *repeated measures* به طور جداگانه برای هر سه متغیر تأخیر زمانی، اختصاصی بودن و تعداد کلمات پاسخ‌ها به کار برده شد، به گونه‌ای که دسته هیجانی *valence* و گروه به عنوان متغیرهای درون گروهی *within-subjects* و جنسیت به عنوان متغیر میان‌گروهی *between-subjects* در نظر گرفته شد. در صورت مشاهده یک تعامل آماری بین دسته هیجانی و گروه، عامل گروه از محاسبات حذف می‌گردید و یک تحلیل واریانس چند متغیره دوطرفه به طور جداگانه برای دو گروه انجام می‌شد. این اقدام به خاطر کاهش فزون‌تر در ماهیت تفاوت‌ها صورت می‌گرفت. در این نوع تجزیه و تحلیل آماری، نسبت ویلکز *Wilks* برای ارزیابی نسبت *F* و متعاقباً محاسبه سطح معنی‌داری *P* مورد استفاده قرار می‌گرفت. همچنین برای تکمیل این تحلیل و ارزیابی گرایش خطی *linear trend* و گرایش غیرخطی *quadratic trend* آزمون پلی‌نومیال *polynomial* (با محاسبه *t*) اجرا می‌شد.

افزون بر این، برای مقایسه دو به دو بین متغیرها در سه دسته هیجانی خوشایند، ناخوشایند و خنثی و همچنین مقایسه متغیرهای *MEPS*، افسردگی و ناامیدی، آزمون *t* برای نمونه هم‌تا شده *paired t-test* به کار برده شد.

همچنین روش محاسبه همبستگی پیرسون *Pearson* استفاده شد تا ضرایب همبستگی بین متغیرهای گوناگون تحقیق در مجموع داده‌ها محاسبه گردد.

نتایج

مقیاس‌های بالینی

میزان افسردگی در گروه انگاره پرداز (۳۵/۰۰ = میانگین) بیشتر از گروه انگاره ناپرداز (۳۰/۵۹ = میانگین) بود، هرچند کاربرد آزمون‌های آماری مؤید معنی‌دار بودن این تفاوت نبود. لیکن شدت ناامیدی در گروه انگاره پرداز (۱۱/۵۰ = میانگین) به طور معنی‌داری فزونتر از گروه انگاره ناپرداز (۷/۱۵ = میانگین) بود ($P < 0.01$ ، $1.9 = 3/40$).

مؤلفه‌های مسئله‌گشایی

مقایسه مؤلفه تأخیر زمانی دو گروه در پاسخ به آزمایش مسئله‌گشایی به

مؤلفه‌های حافظه سرگذشتی

همانند نتایج حاصل از آزمایشه مسئله‌گشایی، تأخیر زمانی در پاسخ‌گویی به محرک-واژه‌ها (در هر سه حالت خوشایند، ناخوشایند و خنثی)، بین دو گروه معنی‌دار نبود.

بررسی آماری اختصاصی بودن پاسخ‌ها نشانگر اثر تعاملی دسته هیجانی \times گروه بود [$F(2 \text{ و } 17) = 7.32$ و $P < 0.01$]. بررسی آماری برای یافتن چگونگی اثر دسته هیجانی در دو گروه به طور جداگانه، نشان داد که اثر متغیر دسته هیجانی در هر دو گروه معنی‌دار است [انگاره‌پرداز $F(2 \text{ و } 17) = 4.03$, $P < 0.05$; انگاره‌ناپرداز $F(2 \text{ و } 17) = 4.70$, $P < 0.05$]. تجزیه و تحلیل تکمیلی یک گرایش خطی برای گروه انگاره‌پرداز ($P < 0.01$) و یک گرایش غیرخطی برای گروه انگاره‌ناپرداز ($P < 0.05$) و $t = 2.17$) را نشان داد. این بدان معنی است که در مجموع، انگاره‌پردازان خودکشی‌گرایش به بازخوانی اطلاعات بیش-کلی‌تر و انگاره‌ناپردازان گرایش در بازخوانی اختصاصی‌تر از حافظه سرگذشتی دارند. با نگاهی دقیق‌تر در می‌یابیم که انگاره‌پردازان در یادآوری اطلاعات ناخوشایند (در مقایسه با وضعیت خنثی) ($t = 2.91$ و $P < 0.01$) و انگاره‌ناپردازان در یادآوری خوشایندها (در مقایسه با خنثی) ($t = 3.07$ و $P < 0.01$) اختصاصی‌تر عمل می‌کنند. تفاوت معنی‌داری برای تعداد کلمات تولید شده در هنگام بازخوانی از حافظه سرگذشتی بین دو گروه یافت نشد. همچنین عامل

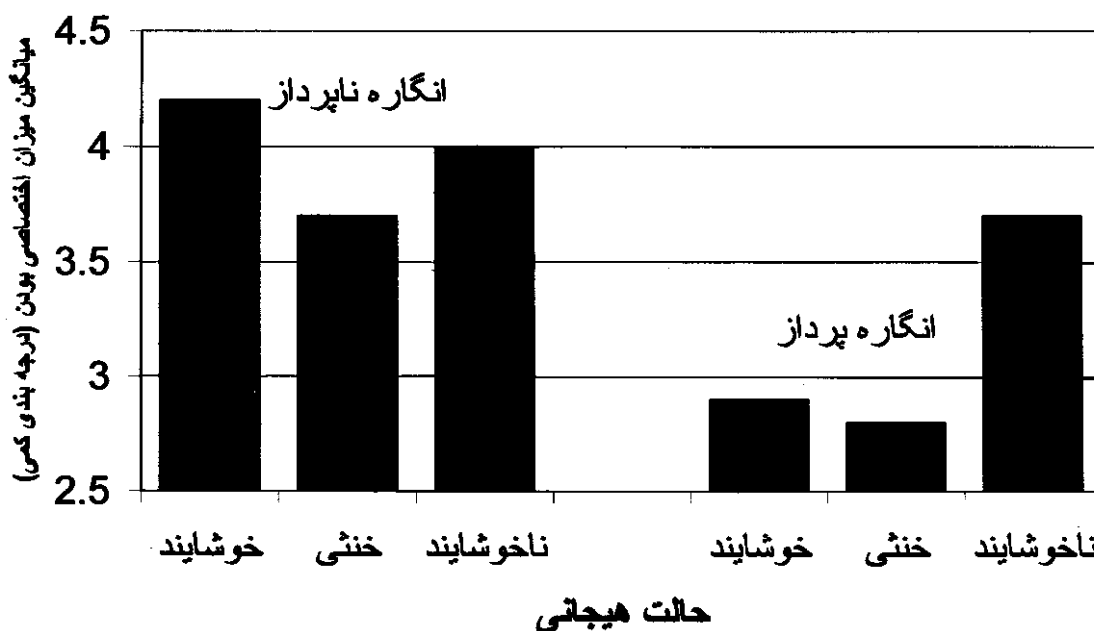
جنسیت دارای هیچگونه اثر اصلی یا تعاملی نبود.

همبستگی متغیرها در مجموع یافته‌ها

جدول ۱ ضرایب همبستگی بین متغیرهای مختلف و سطح معنی‌دار بودن آنها را برای مجموع یافته‌های دو گروه نشان می‌دهد. هر سه متغیر حاصل از مقیاس‌های بالینی (افسردگی، ناامیدی و انگاره‌پردازی خودکشی) دو به دو دارای همبستگی مثبت معنی‌دار بودند. این بدان معنی است که کاهش و افزایش این سه متغیر به طور مستقیم در یک جهت صورت می‌گیرد. لیکن بین میزان افسردگی، ناامیدی و انگاره‌پردازی خودکشی و سایر متغیرهای حاصل از عملکرد در آزمایشه‌ها همبستگی معنی‌داری وجود نداشت.

هر سه مؤلفه به دست آمده از آزمایشه بازخوانی از حافظه سرگذشتی (یعنی تأخیر زمانی در بازخوانی، تعداد کلمات و اختصاصی بودن پاسخ‌ها) دارای همبستگی معنی‌دار هستند؛ این همبستگی بین تأخیر زمانی و دو مؤلفه دیگر، منفی (یعنی هر چه زمان تأخیر در بازخوانی طولانی‌تر شود، میزان اختصاصی بودن و تعداد کلمات کاسته می‌شود) و بین تعداد کلمات و اختصاصی بودن پاسخ‌ها، مثبت (یعنی اختصاصی‌تر شدن پاسخ‌ها با افزایش تعداد کلمات همراه است) است.

ضرایب همبستگی معنی‌دار بین مؤلفه‌های مسئله‌گشایی MEPS به



شکل ۲: میانگین میزان اختصاصی بودن در پاسخ به محرک-واژه‌های خوشایند، خنثی، ناخوشایند در آزمایشه بازخوانی از حافظه سرگذشتی در دو گروه افسرده انگاره‌پرداز و انگاره‌ناپرداز خودکشی.

جدول شماره ۱: ضرایب همبستگی برای مجموع یافته‌ها صرف‌نظر از تقسیم آزمودنی‌ها به دو گروه ($n=40$)

	۱۰	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	
۱- افسردگی (BDI)	$r=-.۰۲۰$ $P=.۰۲۰$	$r=-.۰۱۹$ $P=.۰۲۲$	$r=-.۰۱۴$ $P=.۰۲۷$	$r=-.۰۲۷$ $P=.۰۰۹$	$r=-.۰۲۵$ $P=.۰۱۱$	$r=.۰۱۱$ $P=.۰۳۷$	$r=-.۰۲۰$ $P=.۰۱۷$	$r=.۰۲۰$ $P<.۰۰۱$	$r=.۰۶۰$ $P<.۰۰۱$	
۲- ناامیدی (BHS)	$r=-.۰۱۵$ $p=.۰۴۱$	$r=.۰۱۷$ $P=.۰۲۸$	$r=.۰۰۴$ $P=.۰۸۴$	$r=-.۰۰۶$ $P=.۰۶۸$	$r=-.۰۰۶$ $P=.۰۷۲$	$r=-.۰۰۲$ $P=.۰۸۴$	$r=-.۰۰۱$ $P=.۰۸۲$	$r=.۰۶۹$ $P<.۰۰۱$		
۲- انگاره‌پردازی خودکشی (SSI)	$r=.۰۲۶$ $P=.۰۸۷$	$r=-.۰۰۲$ $P=.۰۸۹$	$r=-.۰۰۶$ $P=.۰۶۹$	$r=-.۰۰۱$ $P=.۰۵۲$	$r=-.۰۰۱۵$ $P=.۰۲۴$	$r=.۰۰۲$ $P=.۰۸۷$	$r=-.۰۰۸$ $R<.۰۶۰$			
۳- کارایی راه‌حل‌ها (MEPS)	$r=.۰۰۴$ $P<.۰۰۱$	$r=.۰۲۲$ $P<.۰۰۵$	$r=-.۰۰۶$ $P=.۰۷۱$	$r=.۰۰۶$ $P<.۰۰۱$	$r=.۰۰۱۲$ $P=.۰۰۱$	$r=-.۰۱۲$ $P=.۰۴۱$				
۵- تأخیر زمانی در (MEPS)	$r=-.۰۰۶۰$ $P<.۰۰۱$	$r=-.۰۰۴۷$ $P<.۰۱۰$	$r=-.۰۰۵۵$ $P<.۰۰۱$	$r=-.۰۰۲۹$ $P<.۰۰۵$	$r=-.۰۰۱۷$ $P=.۰۲۴$					
۶- اقدامات مربوط (MEPS)	$r=.۰۰۲۷$ $P<.۰۰۵$	$r=.۰۰۲۵$ $P=.۰۱۱$	$r=-.۰۰۵۶$ $P=.۰۷۲$	$r=.۰۰۷۹$ $P<.۰۰۱$						
۷- نسبت مربوط بودن (MEPS)	$r=.۰۰۲۲$ $P<.۰۰۱$	$r=.۰۰۲۹$ $P<.۰۰۵$	$r=.۰۰۱۹$ $P=.۰۲۴$							
۸- تأخیر در بازخوانی از حافظه	$r=-.۰۰۵۵$ $P<.۰۰۱$	$r=-.۰۰۴۱$ $P<.۰۰۱$								
۹- تعداد کلمات در بازخوانی از حافظه	$r=.۰۰۷۴$ $P<.۰۰۱$									
۱۰- اختصاصی بودن در بازخوانی از حافظه										

بحث

این تحقیق در نظر داشت تا به بررسی کمبودهای موجود در بازخوانی از حافظه سرگذشتی و فرآیند حل مسئله در بخشی از جمعیت افسرده بپردازد و نسبت این کمبودها را با میزان افسردگی، شدت ناامیدی و انگاره‌پردازی خودکشی، مورد کاوش قرار دهد. به نظر می‌رسد این مقاله اولین گزارشی است که درباره چگونگی عملکرد متغیرهای فوق در بیماران افسرده انگاره‌پرداز و انگاره‌ناپرداز خودکشی در جمعیت ایرانی، انتشار می‌یابد.

نتایج نشان می‌دهد که گروه انگاره‌پرداز هنگام یاری گرفتن از حافظه سرگذشتی، اطلاعات را بیشتر به صورت بیش‌کل‌گرا بازخوانی می‌کنند. هرچند الگوی تغییرات در سه دسته هیجانی خوشایند، خنثی، ناخوشایند مربوط به گروه انگاره‌پرداز در تحقیق حاضر شبیه به الگوی تغییرات مربوط به گروه اقدام‌کنندگان به خودکشی در تحقیق قبلی (کاوایی و همکاران

این قرار است: وجود همبستگی مثبت قوی بین میزان کارایی راه‌حل‌ها و اقدامات مربوط؛ همبستگی مثبت بین میزان کارایی راه‌حل‌های ارائه شده و نسبت مربوط بودن راه‌حل‌ها؛ همبستگی منفی بین تأخیر زمانی با نسبت مربوط بودن؛ و نیز همبستگی مثبت بین اقدامات مربوط و نسبت مربوط بودن.

افزون بر اینها، بررسی همبستگی‌ها بین مؤلفه‌های دو آزمایش به این نکات معنی‌دار منجر می‌شد: همبستگی مثبت نسبی بین کارایی راه‌حل‌ها با تعداد کلمات در بازخوانی از حافظه و اختصاصی بودن پاسخ‌ها (یعنی کسانی که راه‌حل‌های کاراتری را برای مسئله‌گشایی ارائه داده‌اند، تمایل داشته‌اند تا در بازخوانی از حافظه، اختصاصی‌تر عمل کنند و کلمات زیادتری ارائه دهند)؛ تأخیر زمانی در هر دو آزمایش دارای همبستگی مثبت است؛ اقدامات مربوط نیز با اختصاصی بودن پاسخ‌ها همبستگی مثبت نسبی دارند.

نتایج مطالعه ما نیز حاکی از وجود چنین ارتباطی بین میزان کارایی راه‌حل‌ها و بیش-کلی‌گرایی در بازخوانی اطلاعات از حافظه سرگذشتی است. فرض بر این است که در خلال یک بحران، دستیابی به اطلاعات مثبت ذخیره شده در حافظه سرگذشتی، برای رجوع به آنها جهت مسئله‌گشایی، دچار اختلال می‌شود. در نتیجه فرد از ساختن راهبردهای مؤثر مسئله‌گشا عاجز خواهد شد. این وضعیت می‌تواند ناامیدی فزاینده فرد را به همراه داشته باشد؛ با وخیم‌تر شدن وضعیت عجز و ناتوانی در حل مسئله رو در رو، امکان به وجود آمدن افکار خودکشی، و حتی اقدام به آن افزایش می‌یابد. شدت ناامیدی در گروه انگاره‌پرداز به‌طور معنی‌داری بیشتر از گروه انگاره‌ناپرداز بود، و این یافته‌ای است که فرض بالا را تأیید می‌کند. نگاهی به ضرایب همبستگی به دست آمده در تحقیق حاضر، حاکی از آن است که بیش-کلی‌گرا بودن اطلاعات بازخوانی شده از حافظه سرگذشتی با کاهش اقدامات "مربوط" در ارائه راه‌حل‌ها (در آزمایش مسئله‌گشایی)، افت نسبت مربوط بودن و افزایش زمان تأخیر در ارائه راه‌حل‌ها همراه است. این یافته‌ها در راستای نتیجه‌گیری فوق می‌باشد.

یکی از جنبه‌هایی که تحقیق فعلی برای اولین بار به گزارش آن می‌پردازد، سنجش تعداد کلمات تولید شده توسط آزمودنی‌ها در آزمایش بازخوانی از حافظه سرگذشتی است. هرچند عملکرد دو گروه در این شاخص تفاوت آماری معنی‌داری را نشان نداد، اما در بررسی همبستگی‌ها نتیجه‌ای این چنین به دست آمد: تعداد کلمات فزون‌تر همراه است با اختصاصی‌تر بودن بازخوانی اطلاعات از حافظه؛ راه‌حل‌های کارتر با تولید کلمات بیشتر هنگام بازخوانی از حافظه سرگذشتی همراه بود. این یافته نشان می‌دهد که شاخص تعداد کلمات تولید شده می‌تواند به عنوان یک معیار معتبر در تحقیقاتی از این دست به کار گرفته شود.

ارتباط بین بیش-کلی‌گرایی حافظه سرگذشتی و راهبردهای ضعیف مسئله‌گشایی می‌تواند رهنمودهای بالینی حائز اهمیتی را مطرح سازد. بک و همکاران (Beck et al. 1979) نیز چنین ارتباطی را متذکر شده‌اند. آنها با ارائه نمونه‌های بالینی تلاش کرده‌اند تا به تبیین نظری این پدیده بپردازند. مثلاً آن‌ها مردی را معرفی می‌کنند که پس از بیکار شدن دچار افکار خودکشی شد، اما گزارش‌ها نشان داد که پس از یک مداخله درمانی به روش تقویت راهبردهای مسئله‌گشایی، افکار خودکشی در وی کاهش یافت. تقویت راهبردهای مسئله‌گشایی در این مورد چنین بود: تعریف مسئله‌کاریایی مجدد؛ کسب کمک مالی کافی برای گذران امور خانواده‌اش تا قبل از آن که دوباره به بازار کار جذب شود؛ فهرست کردن مزایای ناشی از مرگ او و رنج‌های خانواده پس از مرگ او.

در این گزارش، بک و همکارانش چند نمونه بالینی موفق را که به روش

است، اما در گروه اقدام‌کننده اثر سه دسته هیجانی از نظر آماری قابل تمیز نیست. در حقیقت، در تحقیق قبلی دریافتیم که یک سوگیری در پاسخ به محرک-واژه‌های خوشایند، خنثی و ناخوشایند وجود دارد؛ یعنی بیماران افسرده اقدام‌کننده به خودکشی، پس از شنیدن واژه‌ها (با هر سه حالت خوشایند، خنثی و ناخوشایند)، اطلاعات بیش-کلی‌گرتری را نسبت به گروه کنترل سالم، از حافظه سرگذشتی خود استخراج کردند. مطالعه حاضر نشان می‌دهد که این سوگیری در گروه انگاره‌پرداز خودکشی به طرف دو دسته هیجانی خوشایند و خنثی متمایل است؛ افسرده‌های دارای انگاره‌پردازی خودکشی در پاسخ به محرک-واژه‌های خنثی و خوشایند، اطلاعات بیش-کلی‌تری را از حافظه سرگذشتی خود بیرون کشیدند؛ درحالی‌که در پاسخ به محرک-واژه‌های ناخوشایند، اطلاعات اختصاصی‌تری را به یاد آوردند. این در حالی است که بیماران افسرده فاقد انگاره‌پردازی خودکشی در پاسخ به محرک-واژه‌های خوشایند (در مقایسه با وضعیت خنثی) اطلاعات اختصاصی‌تری را از حافظه سرگذشتی خود بیرون کشیدند.

از سوی دیگر، بیماران افسرده انگاره‌پرداز و انگاره‌ناپرداز به جهت تأخیر زمانی در پاسخ به محرک-واژه‌ها، متفاوت عمل نکردند. این در حالی است که در تحقیق قبلی ما، اقدام‌کنندگان به خودکشی در بازخوانی از حافظه سرگذشتی در هنگام پاسخ به محرک-واژه‌های خوشایند تأخیر بیشتری (در مقایسه با گروه کنترل سالم) داشتند؛ اما در پاسخ به محرک-واژه‌های ناخوشایند تأخیر کمتری داشتند. ویلیامز و همکاران (Williams et al. 1988ab 1986) و ایوانز و همکاران (Evans et al. 1992) این الگوی تأخیر زمانی را برای اقدام‌کنندگان به خودکشی به دست آورده بودند.

مطالعه حاضر در بررسی کمبودها در فرایند "مسئله‌گشایی" نشان داد که افسرده‌های واجد انگاره‌پردازی خودکشی در مقایسه با انگاره‌ناپردازان، برای حل مسئله، راه‌حل‌های "مربوط" کمتری مطرح ساختند (تعداد راه‌حل‌های "نامربوط" و بی‌اثر آنها فزون‌تر از گروه مقابل بود) و راه‌حل‌های آنها از کارایی کمتری برخوردار بود. بین دو گروه تأخیر زمانی در ارائه راه‌حل‌ها تفاوت معنی‌داری وجود نداشت و هر دو گروه با سرعت تقریباً یکسانی عمل کردند. این یافته در مورد اقدام‌کنندگان به خودکشی نیز گزارش شده است. (Kaviani et al. 2000)

هدف مهم‌تر تحقیق حاضر ارزیابی چگونگی رابطه بین مؤلفه‌های "حافظه سرگذشتی" با مؤلفه‌های "مسئله‌گشایی" بود. ایوانز و همکاران (Evans et al. 1992) نشان دادند که یک ارتباط معنی‌دار بین کارایی پایین در راهبردهای مسئله‌گشایی و حافظه بیش-کلی‌گرا وجود دارد.

اما آنچه این مطالعه، در یک نگاه کلی، به دست آورد: (۱) شدت ناامیدی بیماران افسرده دارای انگاره‌پردازی خودکشی فزون‌تر از گروه افسرده انگارناپرداز بود؛ (۲) تأخیر زمانی در دادن پاسخ در هر دو آزمایش مسئله‌گشایی و بازخوانی از حافظه سرگذشتی بین دو گروه معنی‌دار بود؛ (۳) انگاره‌پردازان خودکشی اطلاعات بیش-کلی‌گرا از حافظه سرگذشتی بازخوانی می‌کردند؛ (۴) کارایی راه‌حل‌های ارائه شده توسط گروه انگاره‌پرداز نسبت به گروه دیگر کمتر بود. (۵) کارایی ضعیف راه‌حل‌ها و اقدامات "نامربوط" با بیش-کلی‌گرا بودن بازخوانی‌ها از حافظه سرگذشتی همراه بود.

مؤلفین مقایسه دقیق‌تر یافته‌های این تحقیق و تحقیق قبلی (کاویانی و همکاران ۱۳۷۸) و تبیین‌های نهایی را به یک بررسی فرا-تحلیل و meta-analysis موکول می‌کنند.

تقویت راهبردهای مسئله‌گشایی، بهبود یافتند، معرفی نمودند. اما پژوهش آن‌ها نشان نمی‌داد که برای برخی از بیماران که در ارائه راه‌حل کاملاً عاجز هستند، چه باید کرد. با این وجود، چنانچه بپذیریم که مسئله‌گشایی کارا متکی بر بازخوانی رضایت‌بخش اطلاعات اختصاصی از حافظه سرگذشتی است، پس کاربرد فنونی برای ترغیب فرد در این جهت، اهمیت درمانی به‌سزایی دارد. به این ترتیب، یادداشت نویسی‌های روزانه از وقایع زندگی و حفظ آنها برای اثربخشی رفتار درمانی شناختی cognitive behaviour therapy مهم است؛ این کار باعث می‌شود تا وقایع جاری به‌طور اختصاصی رمزگذاری شوند و رمزگذاری‌های بیش-کلی‌گرا در آینده کاهش یابد؛ پس به این ترتیب از ناامیدی در آینده و امکان اقدام به خودکشی خود به خود کاسته می‌شود. جان کلام آن که، کار بر روی راهبردهای مسئله‌گشایی بدون توجه به جنبه‌های رمزگذاری، انبارسازی اطلاعات در حافظه و چگونه بازخوانی آن‌ها، نمی‌تواند تأثیر قابل توجهی بر مورد بالینی ما داشته باشد.

منابع

- کاویانی، ح. رحیمی، پ. نقوی، ح. (۱۳۷۸). بررسی کمبودها در بازخوانی از حافظه شخصی در اقدام‌کنندگان به خودکشی. فصلنامه تازه‌های علوم شناختی. ۲، ۱۶-۲۵:۳.
- جلیلی، ا. اخوت، و. ۱۳۶۳، افسردگی. تهران: انتشارات رشد.
- Beck AT Rush AJ shaw BF & Emery G (1979). *Cognitive therapy of depression*. Guilford press: NewYork.
- Beck AT & Steer BA (1984). *Beck Depression Inventory* (Manual). The psychological corporation Harcourt Brace Jouanovich, Inc.
- 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.
- Goddard L Dritschel B & Burton A (1996). Role of autobiographical memory in social problem solving and depression. *Journal of Abnormal Psychology*. 105: 609-606.
- 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.
- Evans J Williams JMG O'loughlin S & Howells K (1992). Autobiographical memory and problem- solving strategies of parasuicide patients. *Psychological Medicine*. 22, 399-405.
- Gotlib LH & Asarnow RF (1979). Interpersonal and impersonal problem solving skills in mildly and clinically depressed university students. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 47: 86-95.
- Kaviani H Naghavi HR and Rahimi P (2000). Autobiographical memory retrieval deficits and

problem-solving strategies of Iranian parasuicide patients. *International Journal of psychology*. 35, 3/4.

Kanner AD Coyne JC Schaefer C & Lazarus RS (1981). Comparison of two modes of stress measurement: Daily hassles and uplifts versus major life events. *Journal of Behavioral Medicine*. 4: 1-39.

Klermann GL (1974). Depression and adaptation. In RJ Freidman & MM Katz (Eds.). *The Psychology of Depression: Contemporary Theory and Research* (127-156) NewYork: Wiley.

McLean PD (1976) Depression as a specific response to stress. In JG Sarason & CD Spielberger (Eds). *Stress and Anxiety*. Vol 3 297-323. Washington DC: Hemisphere.

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

Nezu AM (1985). Differences in psychological distress between effective and ineffective problem solvers. *Journal of Consulting Psychology*. 32: 135-138.

Nezu AM & Ronan GF (1985). Life stress, current problems, problem-solving and depressive symptoms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 53: 693-697.

Paykle ES Prusoff BA & Myers JK (1975). Suicide attempts

and recent life events: a controlled comparison. *Archives of General Psychiatry*. 32: 273-278.

Platt & spivack G (1975). *Manual for the MEPS: A Measure of Interpersonal Problem Solving Skill*. Philadelphia: Habneman Medical College and Hospital.

Sidley GL Whitaker K Calam RM & Wells A (1997). The relationship between problem-solving and autobiographical memory in parasuicide patients. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*. 25: 195-202.

Siegel JM Platt JI & Peizer SB (1976). Emotional and social real-life problem-solving thinking in adolescent and adult psychiatric patients. *Journal of Clinical Psychology*. 32: 230-232.

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

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

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

Williams & Hollan (1981) Processes of retrieval from very long - term memory. *Cognitive Science*. 5: 87-119.