



## مسئله گشایی در بیماران افسرده اقدام کننده به خودکشی

دکتر حسین کاویانی، دکتر پریسا رحیمی

### چکیده

**هدف:** بر پایه برخی نظریات شناختی درباره بیمار افسرده اقدام کننده به خودکشی، این بیماران به دلیل اشکال در بازخوانی از حافظه سرگذشتی قادر به مسئله گشایی مؤثر نمی شوند و در یک چرخه معیوب افسردگی اشکال در مسئله گشایی ناامیدی، گرفتار می آیند که نهایتاً به خودکشی می انجامد. **روش:** در این پژوهش دو مقیاس شناختی برای سنجش بازخوانی از حافظه سرگذشتی و چگونگی مسئله گشایی و دو مقیاس بالینی افسردگی بک و ناامیدی بک به کار گرفته شد و ۲۰ بیمار افسرده اقدام کننده به خودکشی با ۲۰ فرد سالم که از نظر سن و جنس با آنان همناسازی شده بودند مقایسه شدند. **یافته ها:** نتایج نشان داد که خودکشی کنندگان راه حل های کمتر و بی ربط تری را نسبت به گروه گواه ارائه داده اند. افزون بر این، همبستگی های معنی داری بین متغیرهای مسئله گشایی و حافظه سرگذشتی به دست آمد.

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

#### مقدمه

اقدام کنندگان به خودکشی، کمبودهایی در مهارت های مسئله گشایی به ویژه در زمینه روابط بین فردی دارند (مک لیوی<sup>۱</sup> و همکاران، ۱۹۸۷). وجود کمبودهای مسئله گشایی در بیماران دارای انگاره پردازشی خودکشی در آزمایشگاه بالینی مورد تأیید قرار گرفته است (کاویانی، رحیمی در آباد، نقوی، ۱۳۷۸ ب؛ کاویانی، رحیمی در آباد، نقوی، ۲۰۰۱). کمبودها و

بسیاری از پژوهشگران روان شناسی شناختی بر نقش مسئله گشایی نارسا در ساختار شناختی افسرده ها تأکید نموده اند (پیکل<sup>۱</sup>، ۱۹۷۵). بررسی ها نشان داده اند که فرآیند مسئله گشایی<sup>۲</sup> در بیماران افسرده درگیر استرس های زیاد دچار مشکل است. افزون بر آن یافته های پژوهشی نشان داده اند که بسیاری از

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

\*\* پزشک عمومی، دانشگاه تورونتو، کانادا.

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

نگارندگان این نوشتار در یک بررسی (کاوایی و همکاران، ۱۳۷۸ الف؛ کاوایی و همکاران، ۲۰۰۰) دریافته‌اند که کسانی که به خودکشی دست زده بودند (با تشخیص افسردگی اساسی بدون سیمایه‌های روان پریشی)، در پاسخ به محرک - واژه‌های<sup>۱۶</sup> خوشایند، کندتر و در پاسخ به محرک - واژه‌های ناخوشایند، زودتر از گروه گواه، دست به بازخوانی از حافظه، سرگذشتی خود زده‌اند؛ آنها در بازخوانی از حافظه بیش - کلی‌گرا عمل کردند (نسبت به گروه همتا شده). مقاله حاضر به بررسی ویژگی‌های مسئله‌گشایی گروهی

از بیماران ایرانی افسرده که به تازگی خودکشی کرده بودند پرداخته است.

## روش

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

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

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

۲- آزمون مسئله گشایی وسیله - هدف برگرفته شده از آزمون مسئله گشایی پلت<sup>۱۸</sup> و همکاران (۱۹۷۵) است که از نظر فرهنگی تعدیل شده بود. این آزمون دارای پنج موقعیت است که به صورت شفاهی خوانده

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

می‌شود. از آزمودنی خواسته می‌شود تا پس از شنیدن هر یک از موقعیت‌ها، که شامل داستانی است با آغاز و پایان مشخص و میانه‌ای ناتمام، به تکمیل بخش میانی آن داستان بپردازد به گونه‌ای که شخصیت داستان در پایان به نتیجه دلخواه برسد. در بررسی حاضر، شماری از مؤلفه‌های مناسب با هدف‌های پژوهش، مورد ارزیابی قرار گرفتند یعنی تأخیر زمانی تا شروع پاسخ<sup>۱</sup> (نخستین واژه‌ای که آزمودنی می‌گوید)؛ تعداد راه حل‌های مربوط<sup>۲</sup> و نامربوط<sup>۳</sup> (نسبت مربوط بودن<sup>۴</sup> راه حل‌ها با تقسیم تعداد راه حل‌های مناسب بر تعداد کل راه حل‌ها به دست آمده است) و اثربخشی<sup>۵</sup> راه حل‌ها. برای ارزیابی کمی میزان اثربخشی، معیارهای تعیین شده توسط ایوانز و همکاران (۱۹۹۲) به کار برده شد. برای کمی سازی اثربخشی، دو ارزیاب مستقل بر اساس یک مقیاس سه نقطه‌ای (غیراثربخش=۰، اثربخش=۱، بسیار اثربخش=۲) به امر ارزیابی راه حل‌های ارائه شده برای هر موقعیت پرداختند (مجموع پنج موقعیت می‌توانست از صفر تا ۱۰ نمره گذاری شود). ضریب همبستگی بین نمرات دو ارزیاب برابر ۰/۸۱ بود. در تجزیه و تحلیل داده‌ها میانگین نمرات ارزیاب‌ها بکار گرفته شد.

روایی و پایایی نسخه فارسی آزمون مسئله گشایی وسیله-هدف در یک بررسی مقدماتی توسط نگارندگان تأیید شده بود (رحیمی، ۱۳۷۸).

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

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

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

### یافته‌ها

ویژگی بالینی: گروه خودکشی در مقایسه با گروه سالم نمرات بالاتری در آزمون افسردگی بک (گروه خودکشی: میانگین = ۳۶/۵۰؛ دامنه ۲۴ تا ۴۹؛ گروه گواه: میانگین = ۱۰/۳۰؛ دامنه ۳ تا ۲۱  $p < ۰/۰۰۱$  و  $t = ۱۰/۱۹$ ) و در آزمون ناامیدی بک (گروه خودکشی: میانگین = ۱۲/۲۰؛ دامنه ۴ تا ۲۰؛ گروه گواه: میانگین = ۵/۲۵؛ دامنه ۱۳ تا صفر:  $p < ۰/۰۵$  و  $t = ۲/۵$ )

1-latency to response onset

2- relevant

3- irrelevant

4- relevancy ratio

5- effectiveness

6- Williams

7-Broadbent

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

مسئله گشایی: برای مقایسه عملکرد دو گروه در  
آزمون مسئله گشایی، یک رشته آزمون  $t$  جفت شده<sup>۱</sup>  
انجام شد. جدول ۱ یافته‌های آماری برای مؤلفه‌های  
آزمون مسئله گشایی (تأخیر زمانی، تعداد راه حل‌ها،  
تعداد راه حل‌های نامربوط، نسبت مربوط بودن و  
اثربخشی) را برای دو گروه خودکشی کننده و گواه  
نشان می‌دهد.

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

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

مؤلفه‌ها	میانگین گروهها		درجه آزادی	نمره $t$	سطح معنی‌داری
	اقدام کننده	گواه			
اثربخشی	۲/۹	۵/۴	۱۹	۳/۷۳	۰/۰۱
تعداد راه‌حلهای نامربوط	۲/۴۵	۰/۹	۱۹	۴/۲۹	۰/۰۰۱
نسبت مربوط بودن	۰/۶۳	۰/۹۱	۱۹	۴/۲۹	۰/۰۰۱
تأخیر زمانی	۱۶/۷	۹/۷	۱۹	۲/۱۸	۰/۰۵

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

حافظه<sup>۳</sup> و میزان اثربخشی مسئله گشایی و دیگری بین  
اختصاصی بودن حافظه و نسبت مربوط بودن به دست  
آمد. جدول ۲ نمایانگر ضرایب همبستگی و سطح  
معنی‌داری آنهاست. این بدان معنی است که، اثربخشی  
پایین و مربوط بودن اندک راه حل‌ها همبستگی مثبتی با  
بیش-کلی‌گرایی در بازخوانی از حافظه سرگذشتی  
دارد.

جدول ۲- همبستگی‌های موجود بین اثربخشی  
مسئله‌گشایی و نسبت مربوط بودن با اختصاصی بودن  
بازخوانی از حافظه سرگذشتی در نمونه کل ( $n=40$ ).

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

## بحث

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

1- paired t-test  
2- Pearson  
3- memory specificity

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

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

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

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

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

### منابع

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

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

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

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

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

1- Bancroft  
2- state  
3- trait  
4- antecedent

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Andeesheh  
Va  
Raftar

اندیشه و رفتار

۳۰