

دانشگاه تربیت معلم تهران  
دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی

پایان نامه  
برای دریافت درجه کارشناسی ارشد  
روانشناسی بالینی

عنوان  
عملکرد افراد اقدام کننده به خودکشی و دارای اضطراب مرگ در حافظه شرح حال و قضاوت

استاد راهنما  
دکتر علیرضا مرادی

استاد مشاور  
دکتر ولی الله فرزاد

پژوهشگر  
اکرم حسنی

شهریور ۱۳۸۸

**تقدیم به:**

**پدر و مادرم، یاوران خستگی ناپذیرم در کوران**

**زندگی**

## سپاس:

اکنون که با عنایت پروردگار متعال، تحصیلات خود را در مقطع کارشناسی ارشد به پایان

رسانیده‌ام، لازم می‌دانم مراتب تشکر و سپاس خود را نسبت به تلاش‌های بی‌دریغ:

- استاد بزرگ و برجسته **آقای دکتر علیرضا مرادی** که در تمام مراحل پژوهش

راهنمایی‌ام کردند.

- استاد ارجمند، **آقای دکتر ولی‌الله فرزاد** که در طول پژوهش از مشاوره ایشان

بهره‌مند بودم.

- مرکز تحقیقات ایدز بیمارستان امام خمینی و به ویژه **سرکار خانم دکتر فروغی**

که در مراحل اجرایی پژوهش یاری‌گرم بودند.

به جای آورم.

## چکیده فارسی

پژوهش حاضر با هدف بررسی عملکرد افراد اقدام کننده به خودکشی و دارای اضطراب مرگ در حافظه و قضاوت انجام شد. بدین منظور دو گروه نمونه شامل ۳۰ نفر از مردان مجرد مبتلا به AIDS/HIV+ مراجعه کننده به بیمارستان امام خمینی تهران و ۳۰ نفر از مردان مجرد اقدام کننده به خودکشی مراجعه کننده به بیمارستان لقمان با روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزارهای پژوهش شامل مقیاس اضطراب مرگ تمپلر، مقیاس افسردگی بک، پرسشنامه صفت - حالت اضطراب اسپیلبرگر، پرسش نامه قضاوت ذهنی و مصاحبه حافظه شرح حال بود. آزمودنی ها در گروههای هدف و کنترل به پرسش نامه ها پاسخ دادند و مصاحبه شرح حال بر روی کلیه آنها به شکل فردی اجرا شد. نتایج نشان داد که گروه دارای اضطراب مرگ به طور معناداری در مقایسه با گروه اقدام کننده به خودکشی در حافظه شرح حال دچار نقص عملکرد هستند و عملکرد گروه اقدام کننده به خودکشی از گروه کنترل به طور معناداری ضعیف تر است. در گروه اضطراب مرگ نمرات قضاوت (دیگران) به طور معناداری بیشتر از گروه اقدام کننده به خودکشی و کنترل است. بین گروه اقدام کننده به خودکشی و کنترل در قضاوت (دیگران) تفاوت معناداری یافت نشد. قضاوت (خود) در گروه اقدام کننده به خودکشی به طور معناداری بیشتر از گروه اضطراب مرگ و کنترل است. قضاوت (خود) در گروه اضطراب مرگ و کنترل معنادار نیست.

### کلید واژه ها:

اضطراب مرگ ، AIDS/HIV+ ، اقدام به خودکشی ، حافظه شرح حال ، قضاوت ، افسردگی ، اضطراب .

## فهرست مطالب

عنوان.....	صفحه.....
چکیده فارسی.....	۴.....
فصل اول: موضوع پژوهش.....	۱۰.....
مقدمه.....	۱۱.....
بیان مسئله.....	۲۰.....
اهمیت و ضرورت پژوهش.....	۲۲.....
تعاریف مفاهیم و متغیرها.....	۲۳.....
تعاریف مفهومی.....	۲۳.....
تعاریف عملیاتی.....	۲۴.....
اهداف، فرضیه ها و سؤالات پژوهش.....	۲۵.....
فصل دوم: ادبیات پژوهش.....	۳۷.....
دیدگاه‌های مربوط به مرگ.....	۳۹.....
روانکوی.....	۳۹.....
اگزستنیالیسم.....	۴۰.....
ترس از مرگ به مثابه اضطراب واقعی.....	۴۳.....
هراس یا فوبی.....	۴۵.....
ایدز.....	۴۸.....
ایدز چیست؟.....	۴۹.....
نحوه پیدایش ایدز.....	۴۹.....
توزیع جهانی HIV و ایدز.....	۵۳.....
ایدز در ایران.....	۵۳.....
ابعاد روانشناختی بیماری ایدز.....	۵۴.....
خودکشی.....	۶۰.....

دیدگاه‌های روانشناختی	۶۲
نظریه روانکاوی	۶۲
نظریه انسان‌گرایانه - اصالت وجود	۶۳
نظریه یادگیری اجتماعی	۶۳
نظریه شناختی	۶۴
شیوع اقدام به خودکشی	۶۵
اختلالات افسردگی	۶۵
اضطراب مرگ، اقدام به خودکشی و شناخت	۶۸
روانشناسی شناختی	۶۸
حفظه	۶۹
انواع حفظه	۷۰
هیجان و شناخت	۷۲
نظریه‌های مربوط به ارتباط خلق و حفظه	۷۴
نظریه پردازش طرحواره‌ای	۷۴
نظریه پردازش اطلاعات	۷۷
حفظه و افسردگی	۷۹
حفظه شرح حال	۸۰
فرایند رمزگردانی در افسردگی و اضطراب	۸۵
فرایند بازبلی در افسردگی و اضطراب	۸۷
فضاوت ذهنی	۹۲
فرضیه کشفه در دسترس یا موجود	۹۳
نظریه شناختی بک و تعبیر و تفسیرها	۹۴
پردازش و تفسیر رویدادها	۹۵

فصل سوم: روش انجام پژوهش..... ۱۰۱

- روش پژوهش..... ۱۰۲
- انتخاب نمونه..... ۱۰۳
- ابزار پژوهش..... ۱۰۴
- مصاحبه حفظه شرح حال..... ۱۰۴
- پرسشنامه قضاوت ذهنی (SPQ)..... ۱۱۱
- مقیاس اضطراب مرگ تمپلر (DAS)..... ۱۱۲
- مقیاس افسردگی بک (BDI-I)..... ۱۱۴
- پرسشنامه حالت - صفت اضطراب اسپیلبرگر..... ۱۱۶
- روش اجرای پژوهش..... ۱۲۰
- روش تحلیل داده ها..... ۱۲۰

فصل چهارم: یافته های پژوهش..... ۱۲۱

- یافته های توصیفی..... ۱۲۲
- نتایج آزمون های تشخیصی..... ۱۲۴
- نتایج آزمون هتی اصلی پژوهش..... ۱۲۶
- آزمون های معناداری تفاوت میانگین..... ۱۲۶
- بررسی فرضیه ها و سوالات پژوهش..... ۱۲۷

فصل پنجم: بحث و نتیجه گیری..... ۱۳۷

- بررسی فرضیه های پژوهش..... ۱۳۸
- بحث و تفسیر نتایج..... ۱۵۴
- محدودیت ها و پیشنهادات..... ۱۶۷
- منابع و مأخذ..... ۱۶۹

پیوست ها

چکیده انگلیسی

## فهرست جداول

جدول..... صفحه

جدول ۴-۱: هم‌تاسازی متغیرهای سن، میزان تحصیلات و شغل..... ۱۲۳

جدول ۴-۲: توزیع فراوانی نمونه مورد مطالعه بر اساس..... ۱۲۳

تحصیلات

جدول ۴-۳: ویژگی گروهها بر حسب متغیر سن..... ۱۲۴

جدول ۴-۴: میانگین و انحراف معیار آزمودنی ها در..... ۱۲۵

آزمون اضطراب اسپیلبرگر

جدول ۴-۵: نتایج تحلیل واریانس یک راهه در زمینه..... ۱۲۵

آزمون اضطراب اسپیلبرگر

جدول ۴-۶: نتایج آزمون تعقیبی توکی برای..... ۱۲۶

آزمون اضطراب اسپیلبرگر

جدول ۴-۷: ویژگی سه گروه بر اساس مصاحبه..... ۱۲۷

شرح حال (آمار توصیفی گروهها)

جدول ۴-۸: نتایج تحلیل واریانس یک راهه..... ۱۲۹

گروهها در مصاحبه حافظه شرح حال

جدول ۴-۹: نتایج آزمون تعقیبی توکی گروهها در مصاحبه شرح حال..... ۱۳۰

جدول ۴-۱۰: ویژگی های سه گروه بر اساس..... ۱۳۳

آزمون قضاوت (آمار توصیفی گروهها)

جدول ۴-۱۱: نتایج تحلیل واریانس یک راهه..... ۱۳۴

گروهها در قضاوت

جدول ۴-۱۲: نتایج آزمون تعقیبی گروهها در..... ۱۳۵





# فصل اول

## موضوع پژوهش

## مقدمه

همواره تفکر درباره مرگ<sup>۱</sup> بخش انفکاک ناپذیری از روند زیستن بوده است که شاید بتوان ادعا کرد که بدون آن و حتی ترس های ناشی از آن انگیزش کافی برای حیات وجود نخواهد داشت. یکی از مهم ترین ملاحظات بشر در ارتباط با مرگ و مردن<sup>۲</sup> موضوع ترس (هراس) از مرگ<sup>۳</sup> یا اضطراب مرگ است. اگر وجود ترس در انسان را واکنشی طبیعی بدانیم، هیچ ترسی طبیعی تر از هراس بشر از مرگ نیست. از سوی دیگر شاید بتوان مرگ را بزرگ ترین و مهم ترین سرچشمه ترس های آدمی دانست. واکنش های هیجانی از ترس و جلوه های گوناگون آن آغاز می شود و سایر انواع عواطف را نیز در بر می گیرد. در این میدان بیشتر، عواطف آزاردهنده مانند اضطراب<sup>۴</sup>، افسردگی<sup>۵</sup>، خشم<sup>۶</sup> و احساس گناه<sup>۷</sup> غلبه دارند (مورین و ولش، ۲۰۰۶). اضطرابی که در برابر مرگ ایجاد می شود پدیده ای طبیعی و دارای ارزش زیست شناختی است. زیرا در غیاب این اضطراب، حیات در معرض خطر قرار

---

1. death

2. Dying

3. طبق نظر بلسکی (۱۹۹۹) در کتاب «The psychology of aging» اصطلاح «اضطراب مرگ» (Death Anxiety) و «ترس از مرگ» (Fear of death) توسط اکثر محققان مرگ شناس به صورت مترادف به کار برده شده است. و در پژوهش حاضر نیز این قاعده رعایت شده است.

4. anxiety

5. depression

6. anger

7. guilt feeling

می گیرد. لذا این اضطراب از اجزای سازنده نهاد بشری و عاملی ضروری برای استمرار حیات فردی است. بخشی از این اضطراب و ترس از غرایز معین ارثی و بخشی دیگر از تجربه های انسان ناشی می شود. اما ترس از مرگ زمانی به عنوان یک آشفتگی هیجانی<sup>۱</sup> تلقی می گردد که از حد طبیعی خود خارج شده و فرد را دچار استیصال<sup>۲</sup> و درماندگی<sup>۳</sup> نماید به طوریکه اشتغال فکری در مورد مرگ مانع از طی شدن روند طبیعی زندگی گردد. این نوع اضطراب در مبتلایان به بیماری های مزمن و طولانی شایع تر است (بلسکی<sup>۴</sup>، ۱۹۹۹). متأسفانه نمی توان پیش بینی کرد که کدام دسته از بیماران در هنگام مرگ اضطراب بیشتری نشان می دهند. افرادی که معمولاً مضطرب و نگران هستند، همیشه و لزوماً در هنگام مرگ مضطرب نخواهند بود. عوامل مربوط به زندگی قبلی و فعلی مانند تحصیلات، طبقه اجتماعی، وضعیت مالی و غیره ممکن است در چگونگی بیان احساسات و کیفیت سطحی ادراکات مؤثر باشند ولی در میزان بروز اضطراب تأثیری ندارند (کواین و رزنیکوف<sup>۵</sup>، ۲۰۰۵). در میان مبتلایان به بیماری های بدخیم، جوان ها اضطراب مرگ بیشتری را تجربه می کنند. در مطالعه ای در این زمینه دو سوم افراد زیر پنجاه سال به وضوح اضطراب داشتند در حالیکه در میان بیماران بالای شصت سال تنها یک سوم افراد مضطرب بودند (داف و هانگ<sup>۶</sup>، ۲۰۰۶). نتایج پژوهش ها نشان داده است که یکی از دلایل اضطراب بیشتر جوانان در این

---

1. Emotional Disturbance

2. distress

3. helplessness

4. Belsky

5. Quinn & Reznikoff

6. Duff & Hong

زمینه نگرانی جسمانی بیشتر است که در این سنین شایع تر است (هافمن و کی<sup>۱</sup>، ۲۰۰۵؛ لستر<sup>۲</sup>، ۲۰۰۷).

اگر در یک سو افرادی مشاهده می گردند که اضطراب فزاینده از مرگ زندگی آنان را دستخوش بحران نموده است در سوی دیگر کسانی هستند که به دلایل مختلف دست به خودکشی<sup>۳</sup> زده و خود به زندگی خویش پایان می دهند. خودکشی نیز یکی از وجوه مرگ است که همانند اضطراب مرگ همواره مورد توجه پژوهشگران قرار داشته و در قلمروهای مختلف همچون مذهب، فلسفه، هنر، پزشکی، روانپزشکی و روانشناسی بخشی را به خود اختصاص داده است. واکنش های موجود در برابر خودکشی اکثراً مبتنی بر محکومیت و ممنوعیت آن بوده است. با این وجود تمام عوامل موجود مانع از بروز خودکشی نشده است و به نظر می رسد تا زمانی که حیات برقرار باشد خودکشی نیز وجود خواهد داشت (دسپلدر و استریک لند<sup>۴</sup>، ۲۰۰۵). تقریباً تمامی مطالعاتی که در رابطه با بیماری های عاطفی<sup>۵</sup> یا خلقی<sup>۶</sup> انجام گرفته اند، افسردگی را مهم ترین عامل اقدام به خودکشی دانسته اند. در اینجا ما با دو گونه از آسیب های هیجانی مواجه هستیم. در یک سو اضطراب مرگ که در آن فرد به دلیل اضطراب فزاینده در رابطه با مرگ خویشتن در رنج است و در سوی دیگر با پدیده خودکشی مواجه هستیم که سبب ساز انجام اعمال خودتخریبی می شود و پیامدهای زیانباری برای فرد، خانواده و جامعه به همراه دارد. دو پدیده هیجانی اضطراب مرگ و

---

<sup>1</sup>. Huffman & Kay

<sup>2</sup>. Lester

<sup>3</sup>. Suicide

<sup>4</sup>. Despelder & Strickland

<sup>5</sup>. Emotional

<sup>6</sup>. mood

خودکشی دارای ابعاد متعدد فیزیولوژیکی، شناختی<sup>۱</sup>، اجتماعی<sup>۲</sup> و ... هستند که جهت شناخت بیشترشان بررسی این ابعاد ضروری به نظر می‌رسد. مسئله شناخت<sup>۳</sup> از جمله مسائل قابل تأمل در این زمینه است که با توجه به اهمیت فراوان ارتباط بین شناخت و عاطفه در اینجا مورد بررسی قرار می‌گیرد. رشد و گسترش روان‌شناسی شناختی<sup>۴</sup> و روشمند شدن مطالعات و تحقیقات مربوط به آن در طی چند دهه گذشته حوزه‌های مختلف روان‌شناسی را تحت تأثیر قرار داده است. در این میان آسیب‌شناسی روانی<sup>۵</sup> نیز از این قاعده مستثنی نبوده و بیشترین اثر پذیری را داشته است. بطوریکه در سبب‌شناسی، شکل‌گیری و تکوین اختلالات، مداخله و درمان اختلالات بویژه اختلالات هیجانی تغییرات اساسی و ساختاری بوجود آورده است (مکینگر<sup>۶</sup>، ۲۰۰۰). در همین راستا، طی دو دهه گذشته، شماری از مدل‌های شناختی<sup>۷</sup>، با هدف ارائه تبیین منطقی مبتنی بر زیربنای علمی استوار، تلاش کرده‌اند تا رابطه میان اختلالات هیجانی و شناخت را بررسی نمایند (باور<sup>۸</sup>، ۱۹۸۱؛ باور، ۱۹۸۷؛ کلارک و تیزدل<sup>۹</sup>، ۱۹۸۵؛ ریهام و ناس<sup>۱۰</sup>، ۱۹۹۰؛ تیزدل و فوگارتی<sup>۱۱</sup>، ۱۹۷۹؛ تیزدل و راسل<sup>۱۲</sup>، ۱۹۸۳؛ تیزدل، ۱۹۷۹ و ویلیامز و برونبت<sup>۱۳</sup>، ۱۹۸۶، به نقل از

- 
1. cognitive
  2. social
  3. Cognition
  4. cognitive psychology
  5. psychopathology
  6. Mackinger
  7. Cognitive models
  8. Bower
  9. Clark & Teasdale
  10. Rehm & Naus
  11. Fogarty
  12. Russell
  13. Williams & Broadbent

مکینگر، ۲۰۰۰). عده ای از این محققین به مطالعه تجربی و آزمایشی رابطه میان اختلالات هیجانی و ابعاد شناختی، نظیر حافظه<sup>۱</sup> و توجه<sup>۲</sup> پرداخته اند، که از آن جمله می توان به مدل شبکه ای<sup>۳</sup> باور (۱۸۹۱، ۱۹۸۷، به نقل از مکینگر، ۲۰۰۰) و مدل پردازش اطلاعاتی<sup>۴</sup> ویلیامز و همکاران (۱۹۸۶، به نقل از مکینگر، ۲۰۰۰) اشاره کرد. این محققان طرح ها و توصیفهایی در خصوص مفاهیمی مانند توجه، طرحواره ها<sup>۵</sup>، حافظه و انواع آن مانند حافظه شرح حال<sup>۶</sup> و ارتباط آنها با یکدیگر در تبیین اختلالهای هیجانی، خصوصاً در بررسی رابطه میان افسردگی و نحوه بازیابی حافظه شرح حال، بیان داشته اند.

توانایی افراد در یادآوری و بازیابی رویدادهای شخصی خود، حافظه شرح حال نامیده می شود (ور لینچ<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۰۷). مطالعه ویلیامز (۲۰۰۳) نشان داد افراد اقدام کننده به خودکشی در مقایسه با افراد عادی به دشواری خاطرات حافظه شرح حال خود را بازیابی می نمایند. همزمان با مشخص شدن نقش و اهمیت ارتباط میان خودکشی که از اصلی ترین پیامدهای افسردگی می باشد و نحوه بازیابی حافظه شرح حال، چالش بوجود آمده، محققین مختلفی بر آن شدند تا به تبیین شرایط مشاهده شده بپردازند. طی این بررسیها مشخص گردید، ضعف در حافظه شرح حال یک پیش بینی کننده پایا برای خودکشی و دوره های افسردگی می باشد (ویلیامز، ۲۰۰۷) و

---

1. memory

2. attention

3. network theory

4. processing information model

5. Schema

6. autobiographical memory

7. Vrielynck

اختلال در بازیابی از حافظه شرح حال بیانگر یک صفت یا نشانه آسیب پذیری و یا بازگشت دوباره به افسردگی می باشد (ریس<sup>۱</sup>، واتکینز<sup>۲</sup> و ویلیامز، زیر چاپ). در میان افرادی که تشخیص افسردگی دارند ضعف در بازیابی از حافظه شرح حال یک پدیده قوی و رایج می باشد که این ضعف در میان افراد دارای اضطراب بالا بیشتر از افراد افسرده است. (کای کن<sup>۳</sup>، هاول<sup>۴</sup> و داگلیش<sup>۵</sup>، ۲۰۰۶؛ ور لینچ و همکاران، ۲۰۰۷؛ ریس و همکاران ۲۰۰۵؛ ریس و همکاران، زیر چاپ؛ هرمانز<sup>۶</sup> و اندرومی<sup>۷</sup>، دی بر<sup>۸</sup>، زیر چاپ).

برگر<sup>۹</sup> (۲۰۰۲) در پژوهشی دریافت که اگرچه میان افسردگی و خودکشی با ضعف در حافظه شرح حال رابطه وجود دارد اما افراد دارای اضطراب بالا در مقایسه با افراد افسرده از ضعف بیشتری در بازیابی از حافظه شرح حال خود رنج می برند.

ویلیامز و برودبنت (۱۹۸۶) شواهدی را مبنی بر کمبودها و نقایصی در کیفیت خاطرات بازیابی شده توسط بیماران خودکشی گرا در مقایسه با گروه کنترل (غیر خودکشی گرا) کشف کردند. آنها مشاهده کردند که بیماران خودکشی گرای حاد علیرغم ارائه دستور العملهایی روشن به آن ها، قادر به یادآوری خاطراتی از رویدادهای خاصی که در گذشته اتفاق افتاده بود، نبودند. ویلیامز و برودبنت

---

1. Raes  
2. Watkins  
3. Kuyken  
4. Howel  
5. Dalgleish  
6. Hermans  
7. Vandromme  
8. Debeer  
9. Berger



(۱۹۸۶) دریافتند زمانی که از لغات نشانه ای مثبت و منفی<sup>۱</sup> به قصد فراخواندن خاطره ای خاص استفاده می شود، افراد طبقه و خلاصه ای از رویدادها را یادآوری کردند(ور لینچ و همکاران ۲۰۰۷). برای مثال، فرد خاطره را چنین توصیف می کرد: هر روز زمانی را برای بازی کردن در ساحل اختصاص می دهم، در مقابل، خاطره اختصاصی مانند این مثال است، یکشنبه گذشته، سه ساعت را با شنا کردن در ساحل با لذت گذراندم. یافته های غیر منتظره از این تحقیق موجب شد، آنها به صورتی نظام مند به بررسی یادآوری حافظه شرح حال بپردازند. با گذشت زمان محققین به طور جزئی تر، به بررسی رابطه میان تأثیر خلق، بخصوص بر بازیابی حافظه شرح حال در افرادی که دارای اختلالات روانشناختی متفاوت نظیر خودکشی(ویلیامز و برودبنت ۱۹۸۶، به نقل از ورلینچ و همکاران، ۲۰۰۷)؛ اختلال استرس پس از سانحه<sup>۲</sup> (PTSD)(مک نالی<sup>۳</sup> و همکاران، ۱۹۹۴، به نقل از مکینگر، ۲۰۰۰)؛ وسواس<sup>۴</sup> (ویلهلم<sup>۵</sup> و همکاران، ۱۹۹۴)؛ به نقل از هرمانز، واندرومی و دی بر، زیر چاپ)، افسردگی (پارک<sup>۶</sup>، گودیر<sup>۷</sup> و تیزدل، ۲۰۰۲ و ...) و ... بودند، پرداختند.

نتایج مطالعات نشان می دهد، افراد دارای اختلالات روانشناختی مانند اختلال استرس حاد<sup>۸</sup> و اختلال استرس پس از سانحه، اختلال سوءمصرف مواد و ... که دارای نشانه های افسردگی بوده اند، در مقایسه با گروه کنترل بهنجار و افرادی که تنها دارای اختلال روانشناختی بوده و علائم افسردگی

---

1. positive & negative cue words

2. post - traumatic stress disorder

3. Mc Nally

4. obsession

5. Wilhelm

6. Park

7. guddir

8. acute Stress disorder

نداشته اند، در بازیابی حافظه شرح حال به طور معناداری تفاوت دارند. بطوریکه، بازیابی حافظه شرح حال در میان افرادی که نشانه های افسردگی دارند در مقایسه با گروه کنترل به طور معناداری ضعیف تر است (پیترز، وسل، مرکل بچ<sup>۱</sup> و همکاران ۲۰۰۲؛ وی سل، میرن<sup>۲</sup>، پیترز، آرنتز<sup>۳</sup> و مرکل بچ ۲۰۰۱؛ ایبر، ۱۹۹۹ و مکینگر و همکاران ۲۰۰۴، به نقل از ورلینچ، دیپلاس و فیلی پوت، ۲۰۰۷). مطالعات گروهی از محققین نیز نشان داده است، زمانیکه شدت افسردگی کاهش می یابد، ضعف در حافظه شرح حال همچنان باقی می ماند (پیترز و همکاران ۲۰۰۲؛ ریس، هرمانز، ویلیامز ۲۰۰۶؛ ریس و همکاران، زیر چاپ). این مسئله حاکی از آن است که علیرغم برطرف شدن علائم و نشانه های اختلال افسردگی تغییرات لازم در نظام شناختی رخ نداده و فرد همچنان با مشکل شناختی در گیر است. گروه دیگری از محققان گزارش کرده اند، هر اندازه میزان ضعف حافظه در این بیماران بیشتر باشد علاوه بر تأخیر در روند بهبودی، در بازگشت مجدد بیماری نیز ممکن است تأثیر گذار باشد. این ضعف در حافظه در میان بیماران مبتلا به اضطراب بالا بیشتر از بیماران افسرده گزارش شده است (بریتل بنک<sup>۴</sup> و همکاران ۱۹۹۳؛ پیترز و همکاران ۲۰۰۲؛ هرمانز و همکاران زیر چاپ و ریس و همکاران ۲۰۰۶). یکی دیگر از متغیرهای شناختی مرتبط با حالات هیجانی که در پژوهش ها کمتر به آن پرداخته است، قضاوت<sup>۵</sup> یا احتمال (بسامد) ذهنی<sup>۶</sup> است که احساس شهودی احتمال یا فراوانی وقوع یک رویداد یا یک رشته رویدادها می باشد. این احساس

---

1. Merckelbach

2. Miren

3. Arntz

4. Brittlebank

5. judgment

6. subjective probability (frequency)

شهودی در مورد وقایع مثبت یا منفی هردو رخ می دهد. اما از آنجاییکه پژوهش های مربوط در این زمینه بیشتر پیش بینی احتمال رخداد وقایع منفی را جهت بررسی اختلالات هیجانی مد نظر داشته اند طبعاً پیش بینی منفی را لحاظ کرده اند (ویلیامز و مک نالی، ۲۰۰۵). حالات هیجانی همواره بر نحوه قضاوت افراد تأثیر گذار هستند. پژوهش های انجام گرفته حاکی آن است زمانیکه فرد حالت هیجانی یا خلق منفی دارد وقایع منفی بیشتری را به خاطر آورده و رخداد وقایع منفی بیشتری را در آینده پیش بینی می کند (استارک و کریستوفر<sup>۱</sup>، ۲۰۰۷). افراد مضطرب از آنجاییکه دنیا را محلی ناامن و پر از تهدید قلمداد می کنند در مقایسه با گروه کنترل سالم، رخداد وقایع را به شکلی تهدید آمیز پیش بینی می کنند (ماتیوس<sup>۲</sup>، ۲۰۰۰). تحقیقات انجام شده بین دو گروه مضطرب و افسرده اقدام کننده به خودکشی نشان داد که افراد دارای اضطراب بالا احتمال رخداد وقایع منفی را بیشتر برای دیگران پیش بینی می کنند در حالیکه گروه افسرده رخداد وقایع منفی را بیشتر برای خود پیش بینی می کنند تا دیگران و گروه کنترل سالم رخداد وقایع منفی را به طور مساوی برای خود و دیگران پیش بینی می کنند (ویلیامز، مک لئود و ماتیوس، ۲۰۰۵). پژوهش انجام شده توسط (فوا<sup>۳</sup>، ۲۰۰۰) نشان داد در حالیکه که افراد دارای اضطراب بالا رخداد وقایع تهدید آمیز را بیشتر برای دیگران پیش بینی می نمایند افراد افسرده احتمال رخداد وقایع تهدید آمیز را به طور مساوی برای خود و دیگران پیش بینی می نمایند.

---

<sup>1</sup>. Starck & ChristofEI

<sup>2</sup>. Mathews

<sup>3</sup>. Foa

با مطالب مطرح شده در این مقدمه پژوهش حاضر در صدد است تا عملکرد حافظه شرح حال و قضاوت را در میان افراد اقدام کننده به خودکشی و دارای اضطراب مرگ در سنین بین ۲۰ تا ۳۰ سال که جزء دوره اول بزرگسالی می باشد، بررسی نماید.

## بیان مسئله

آدمی همیشه مرگ را سخت ناخوش می دانسته است و از آن در گریز بوده است. از دیدگاه روانشناختی<sup>۱</sup> این پدیده قابل درک و طبیعی است و با توجه به دانش بنیادین<sup>۲</sup>، در زمینه ذهنیت<sup>۳</sup> انسان، شاید بهترین توجیه این واکنش نسبت به مرگ این باشد که آدمی در عمق ناخودآگاه خود مرگ خویش را غیر ممکن می بیند، که این دیگرانند که می میرند نه من. از نظر ناخودآگاه هرگونه تصور پایان یافتن واقعی زندگی آدمی باور کردنی نیست. ناخودآگاه انسان، مرگ را هرگز باور نمی کند و مرگ به خودی خود تداعی کننده کاری بد و حادثه ای ترسناک است، چیزی که مستحق مجازات و عذاب است (کوبلر -راس<sup>۴</sup>، ۱۹۹۵). از آنجاییکه که مرگ بخش اجتناب ناپذیر در زندگی هر فردی است، اشتغال فکری افراد در رابطه با مرگ و مردن نیز از امور اجتناب ناپذیر می باشد. اگرچه وجود میزانی از اشتغالات فکری و اضطراب در رابطه با مرگ طبیعی به نظر می رسد، اما اگر از حد طبیعی خود فراتر رود می تواند فرد را دچار مشکل کند تا حدی که در روند طبیعی زندگی روزانه اختلال ایجاد کند. در حالتی که ترس از مرگ مشخص و پابرجا باشد و به شکل معناداری با زندگی

---

1. psychological

2. basical sciencel

3. subjectivity

4. Kubler -Ross