

Autobiographical Memory Performance among People with AIDS/HIV

بررسی عملکرد افراد مبتلاء به ایدز در حافظه شرح حال

Alireza Moradi, PhD, Hosien Jabari, PhD, Ali. M
Miraghayi, Hadi Parhoon, Maryam Forooghi,
Banafshe Moradmamand-Badiee

علیرضا مرادی^۱، حسین جباری^۲، علی محمد میرآقایی^۳،
هادی پرهون^۴، مریم فروغی^۵، بنفشه مرادمند بدیعی^۶

تاریخ پذیرش نهایی: ۱۹/۱۰/۸۹

تاریخ بازنگری: ۱۰/۱۰/۸۹

تاریخ دریافت: ۲/۹/۱۳۸۹

Abstract

Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSMIV) considered HIV/AIDS a life threatening and critical disease which would cause post-traumatic stress disorders (PTSD). Therefore, the person suffering from AIDS not only had the symptoms of psychiatric disorders such as avoidance, inadvertent thought, overstimulation, stress and depression, but also had recognition problems such as attention, memory, data processing and so on. This study aimed at investigating autobiographical memory performance of those afflicted with HIV/AIDS which is considered an effective factor in shaping an individual's identity and ego and in making an individual's behaviors goal-driven. 60 subjects of the study were incorporated in two groups, 30 individuals afflicted with AIDS and 30 healthy and normal individuals. The two groups were the same in terms of some characteristics such as gender, age, marital and socio-economic status. Both groups were administered the Impact of Event Scale (IES-R), Beck's Depression Inventory (BDI), Beck's Anxiety Inventory (BDI), Autobiographical Memory Interview (AMI) and Autobiographical memory Test (AMT). The results indicated that there were a lot of symptoms of PTSD, anxiety and depression among the members of the patient group. The findings also showed that the personal semantic memory scores were lower in childhood and early adult stages among HIV/AIDS survivors comparing with normal control subjects. The findings are discussed in terms of the role of the self and processes involved in non-specific retrieval of autobiographical material.

Keywords

HIV/AIDS, PTSD, Autobiographical memory, Autobiographical Memory Interview, Autobiographical memory Test

چکیده

راهنمای تشخیص آماری، اختلالات روانی (DSMIV، ۱۹۹۴)، HIV/AIDS را در ردیف حوادث شدید و تهدید کننده که می تواند پیامدی همچون PTSD داشته باشد قرار داده است. چنین وضعیتی موجب می شود که فرد علاوه بر دارا بودن علائم و نشانه های روان شناختی اختلال مانند اجتناب، افکار ناخواسته، بیش برانگیختگی، اضطراب و افسردگی از مشکلات شناختی نظیر توجه، حافظه، پردازش اطلاعات و .. در رنج باشد. هدف پژوهش حاضر بررسی عملکرد افراد HIV/AIDS در حافظه شرح حال به عنوان یکی از عوامل مؤثر در شکل گیری خود و هویت و هدفمند کردن رفتارهای فرد است. تعداد ۶۰ نفر آزمودنی شامل ۳۰ نفر افراد مبتلاء به HIV/AIDS به عنوان گروه هدف و ۳۰ نفر افراد عادی به عنوان گروه مقایسه در مطالعه شرکت کردند. هر دو گروه در متغیرهای جنس، سن، وضعیت ازدواج، سطح تحصیلات و شرایط اقتصادی و اجتماعی یکسان سازی شدند. ابزار پژوهش شامل مقیاس تأثیر رویداد (IES)، سیاهه افسردگی بک، سیاهه اضطراب بک، آزمون حافظه شرح حال، مصاحبه حافظه شرح حال بود. نتایج نشان داد که نشانه های PTSD، افسردگی و اضطراب در میان گروه بیمار به طور معنا داری بالا می باشد. یافته ها همچنین نشان داد که گروه بیمار در آزمون حافظه شرح حال بیش کلی گرا بوده و خاطرات اختصاصی اندکی را در مقایسه با گروه سالم تولید کرده اند. آنها همچنین در مصاحبه شرح حال در هر دو بخش معنایی و رویدادی خاطرات کمتری را تولید کرده اند. یافته های مذکور بر اساس نظریه ویلیامز و همکاران (۲۰۰۷) و نیز رابطه میان جنبه های هیجانی و ابعاد شناختی در اختلال PTSD مورد بحث قرار گرفته است.

کلیدواژه‌ها

HIV/AIDS، PTSD، حافظه شرح حال، آزمون حافظه شرح حال، مصاحبه حافظه شرح حال

۱- نویسنده مسئول)، استاد روان شناسی بالینی گروه روان شناسی دانشگاه تربیت معلم ، Email: moradi90@yahoo.com

۲- استادیار مرکز تحقیقات ایدز ایران و گروه بیماری های عفونی و گرمسیری، دانشگاه علوم پزشکی تهران، Email: Jabbari@tums.ac.ir

۳- دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه تربیت معلم تهران

۴- دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه تربیت معلم تهران

۵- مرکز تحقیقات ایدز ایران

۶- مرکز تحقیقات ایدز ایران



در سال‌های اخیر، محققان تلاش‌های قابل ملاحظه‌ای برای روشن شدن ابعاد روان شناختی این بیماری کرده اند. آنها به دنبال فهم جزئیات بیشتر فرایندهای اساسی هستند تا ضمن به دست آوردن شناخت بیشتر، درمانگران را در امر درمان کمک کنند. یافته‌های پژوهشی نشان می‌دهد که افراد مبتلا به PTSD؛ از مشکلات مربوط به حافظه، توجه^۸، نشانه‌های گسستگی^۹ و ... رنج می‌برند (برای مثال؛ بروین و هولمز^{۱۰}، ۲۰۰۳ و ویلیامز^{۱۱} و همکاران، ۲۰۰۷). در سال‌های اخیر مشکلات مربوط به حافظه شرح حال افراد مبتلا به PTSD محور پژوهش‌های علمی قرار گرفته است (جابسون و اوکارنی^{۱۲}، ۲۰۰۹). یافته‌های برخی پژوهش‌ها نشان می‌دهند که میان شدت نشانه‌های PTSD و کاهش در عملکرد حافظه شرح حال اختصاصی^{۱۳}، و حافظه شرح حال معنایی و رویدادی رابطه مثبت و پایائی وجود دارد (بروین، ۲۰۰۷، مرادی و همکاران، ۲۰۰۸). حافظه شرح حال، به عنوان شکلی از حافظه که در آن رویدادهای زندگی شخصی مربوط به گذشته که با "خود"^{۱۴} فرد در ارتباط است یادآوری^{۱۵} می‌شوند (جابسون و اوکارنی، ۲۰۰۹). افراد دارای اختلالات هیجانی؛ در تولید خاطرات دقیق از وقایع گذشته دارای مشکلاتی می‌باشند (ویلیامز و برودبنت؛ ۱۹۸۶). پدیده بیش کلیتی در گروه‌های بالینی مختلف مانند افسردگی (برای مثال؛ موری؛ واتس و ویلیامز؛ ۱۹۸۸)؛ سوگ حل نشده (گلدن؛ دالگلیش و مکین تاز؛ زیر چاپ) و اختلالات خوردن (برای مثال؛ دالگلیش و همکاران؛ ۲۰۰۳)، بازماندگان جنگ دارای اختلال PTSD (عبدی و همکاران، ۱۳۸۹، مرادی و همکاران زیر چاپ)، و زنان افسرده‌ای که در کودکی مورد سوء استفاده قرار گرفته‌اند (کویکن و بروین؛ ۱۹۹۵) نشان داده شده است. وانگ و کانوی^{۱۶} (۲۰۰۴) معتقدند حافظه شرح حال

مقدمه

چهارمین ویراست تجدید نظر شده راهنمای تشخیصی و آماری بیماری‌های روانی (IV-TR DSM)، سندرم نقص ایمنی اکتسابی (AIDS)^۱ و سرطان را از جمله رویدادهای آسیب رسانی می‌داند که علاوه بر پی آمد های ناگوار جسمی، در بروز PTSD نیز نقش اساسی دارد و از این رو بسته به تهدیدهایی که برای فرد و جامعه در پی دارد، قابل بررسی و مطالعه می‌باشد (اودیس، اوگانرین و اوگانایی^۲، ۲۰۰۷). تحقیقات مختلف نشان می‌دهد افراد مبتلا به ایدز و یا آلوده به HIV در معرض خطر ابتلا به PTSD قرار دارند (برای مثال: اسمیت، ایگرت، وینکل و جاکوبسون^۳، ۲۰۰۲ و ایلا، بنجام، لاگ، فریدمن و لاتسون^۴، ۲۰۱۰). همچنین آن عده از مبتلایان به ایدز یا آلوده به HIV که دچار PTSD هم شده‌اند، غالباً تجربه درد شدیدتر و ناتوان کننده‌تری دارند و پریشانی^۵ بیشتری را در انجام فعالیت‌های روزانه و حالت‌های خلقی نشان می‌دهند (اودیس و همکاران، ۲۰۰۷).

بیماران مبتلا به ایدز (AIDS) و یا ویروس نقص ایمنی انسانی (HIV) به طور روزمره از مشکلات شناختی مانند انجام تکالیف همزمان، سازماندهی فعالیت‌های روزانه، پردازش سریع اطلاعات پیچیده، حافظه‌ی روزمره و به ویژه حافظه‌ی مربوط به آینده شکایت دارند (برای مثال گوپتا^۶ و همکاران، ۲۰۱۰). سیسکو و همکاران^۷ (۲۰۰۶) دریافتند که افراد در مرحله‌ی آلودگی به HIV (و نه مرحله‌ی ADIS) سطح متوسطی از آسیب‌های شناختی مانند هماهنگی حرکتی، یادگیری، توجه پیچیده، سرعت روانی حرکتی را نشان می‌دهند و افراد مبتلا به AIDS علاوه بر موارد فوق مشکلاتی را در حافظه کلامی و استدلال هم گزارش کرده اند.

8. Attention
9. Dissociation symptoms
10. Brewin & Holmes
11. Williams
12. Jobson & Okarney
13. Specific
14. Self
15. Recall
16. Wang & Convey

1. Acquired Immune Deficiency Syndrome
2. Odiase, Ogunrin & Ogunniyi
3. Smith, Egert, Winkel & Jacobson
4. Illa, Benejam, Lage, Friedman & Latson
5. Distress
6. Gupta; Woods; Erica; Dawson; Grant
7. Cysique; Maruff; Brew



سن باشد، برای مثال، ویلابراند^{۱۳} و همکاران (۲۰۰۲) دریافته‌اند که بزرگسالان مجروح در آتش‌سوزی، در اختصاصی بودن حافظه نسبت به گروه کنترل تفاوتی نداشتند. در حالی که، اگر آتش‌سوزی در کودکی رخ داده باشد بر اختصاصی بودن حافظه اثر می‌گذارد.

این نکته که عملکرد افراد مبتلا به PTSD در حافظه شرح حال؛ در مقایسه با گروه کنترل در سطح پایین‌تری قرار دارد؛ در مطالعات قبلی نشان داده شده است. این افراد هم در حافظه رویدادی و هم حافظه معنایی در مقایسه با افراد عادی عملکرد ضعیف‌تری در تولید خاطرات شرح حال اختصاصی نشان می‌دهند (برای مثال؛ دالگلیش و همکاران؛ ۲۰۰۷).

مطالعات انجام شده در این زمینه؛ به بررسی حافظه‌ی رویدادی و معنایی به صورت جداگانه و در جمعیت‌های متفاوت با تروماهای مختلف پرداخته‌اند. این مطالعات در زمان‌های متفاوت و با حجم نمونه‌های مختلف و همچنین با استفاده از ابزارهای تشخیصی غیر یکسان صورت گرفته است. لذا در حال حاضر امکان دست‌یابی به همپوشی‌های احتمالی زیربنایی بین دو جنبه حافظه‌ی شرح حال در افراد PTSD (به عنوان یکی از اهداف مطالعه حاضر) وجود ندارد. استفاده همزمان از آزمون حافظه‌ی شرح حال (AMT) و مصاحبه حافظه‌ی شرح حال (AMI)؛ امکان مقایسه بین حافظه‌ی شرح حال معنایی و رویدادی را فراهم می‌آورد و می‌توان با اطمینان بیشتری نتایج حاصل از این دو آزمون را که هر یک به ارزیابی جنبه‌های متفاوت حافظه شرح حال می‌پردازند؛ در ارتباط با نشانه‌های خاص PTSD مورد بررسی قرار داد.

پژوهش حاضر در عین حال که به تکرار مطالعه پیشین در این زمینه (مرادی و همکاران؛ زیر چاپ) می‌پردازد؛ جنبه‌های رویدادی و معنایی حافظه شرح حال در افراد PTSD را در یک پژوهش واحد و در ارتباط با نشانه‌های خاص PTSD در میان افراد مبتلاء به HIV/AIDS مورد بررسی قرار می‌دهد. با توجه به ضرورت بررسی و مطالعه همه جانبه در مورد ایدز، به ویژه ابعاد روان‌شناختی و شناختی آن، هدف پژوهش حاضر بررسی عملکرد بیماران مبتلاء به

دارای یک کارکرد در سطح فردی^۱ (مبتنی بر اهداف، نظریه‌ها، نگرش‌ها و عقاید مربوط به خود) و یک کارکرد در سطح فرهنگی (که به اشخاص کمک می‌کند تا با نظام‌های فکری، عقاید، ارزش‌ها و اهداف فرهنگی^۲ منطبق شوند) است. به نظر آنها یک رابطه ویژه، پیچیده و نزدیک میان خود و حافظه شرح حال وجود دارد به طوری که "خود"، ابزاری جهت رمزگذاری^۳، سازمان‌دهی^۴ و بازیابی^۵ خاطرات شرح حال می‌باشد و خاطرات شرح حال، به عنوان کارکرد اولیه، "خود تأیید شده از نظر فرهنگی" را ایجاد، و تداوم می‌بخشد.

یکی از جنبه‌های آسیب‌شناختی حافظه شرح حال، بیش‌کلیتی^۶ آن است. ویلیامز و دریتچل^۷ (۱۹۹۲) میان خاطرات غیراختصاصی (خاطرات طبقه‌ای^۸)، برای مثال؛ همیشه در امتحان شکست می‌خورم) و خاطرات بسیار کلی (مربوط به یک دامنه زمانی گسترده یا خاطرات گسترش‌یافته^۹)، برای مثال؛ ترم اول برای من، دانشگاه عذاب‌آور بود) تمایز قائل شدند. به نظر آنها تفاوت‌های میان بیماران اقدام‌کننده به خودکشی و افراد سالم مربوط به بازیابی، بیشتر خاطرات طبقه‌ای است، در حالی که چنین تفاوتی در میزان خاطرات گسترش‌یافته وجود ندارد. همچنین حافظه کلی، ویژگی ثابت بیماران مبتلاء به اختلال افسردگی اساسی^{۱۰} می‌باشد (برای مثال؛ کویکن و بروین^{۱۱})، ۱۹۹۵ و دالگلیش و همکاران، ۲۰۰۷). این نکته نشان می‌دهد که ارتباط میان تروما و اختصاصی بودن حافظه به واسطه ابعاد کیفی تروما (مانند طول مدت و شدت تروما و راهکارهای مقابله با تروما مانند اجتناب فعال^{۱۲}) تعدیل می‌گردد (کویکن و بروین، ۱۹۹۵).

همچنین، ممکن است واکنش به تروما وابسته به

1. Individual level
2. Cultural goals
3. Encoding
4. Organization
5. Retrieval
6. Over-generality
7. Williams & Dritschel
8. Categorical
9. Extended
10. Major Depressive Disorder
11. Kuyken & Brewin
12. Active avoidance

13. Willebrand



و مارمر^۳ (۱۹۹۷) هماهنگ با ملاک‌های DSM-IV برای تشخیص PTSD تدوین گشت. مقیاس IES اصلی (هوروویتز و همکاران^۴، ۱۹۸۷) تنها دو ملاک افکار ناخواسته و اجتناب از سه ملاک لازم برای تشخیص PTSD را شامل می‌شد. IES-R برای پوشش علائم بیش‌انگیزگی تدوین شده است. این مقیاس در برگیرنده ۲۲ ماده است که ۷ ماده به IES اصلی اضافه شده است. ۶ ماده از ۷ ماده به علائم بیش‌انگیزگی مانند خشم و تحریک پذیری؛ پاسخ شدید به محرک‌های غیرمنتظره؛ مشکل در تمرکز؛ گوش به زنگ بودن و یک ماده به افکار ناخواسته که تجربه مجدد شیه گسستگی است مربوط است. آزمودنی‌ها می‌بایست هر ماده را در یک مقیاس لیکرت شامل (هرگز)؛ ۱ (به ندرت)؛ ۲ (گاهی)؛ ۳ (اغلب) و ۴ (به شدت)؛ در طی هفت روز گذشته مشخص می‌کردند.

سیاهه افسردگی بک (ویرایش دوم) (BDI II): ویرایش دوم پرسشنامه افسردگی "بک"، شکل بازنگری شده پرسشنامه افسردگی بک است که جهت سنجش شدت افسردگی تدوین شده است. نسخه تجدید نظر شده در مقایسه با نسخه اولیه بیشتر با DSM-IV همخوان است. علاوه بر آن ویرایش دوم تمامی عناصر افسردگی مبتنی بر نظریه شناختی را پوشش می‌دهد. این پرسشنامه همانند ویرایش نخست از ۲۱ ماده تشکیل شده که آزمودنی برای هر ماده یکی از چهارگزینه‌ای را که نشان دهنده شدت علائم افسردگی است برمی‌گزیند. هر ماده نمره‌ای بین صفر تا ۳ می‌گیرد و بدین ترتیب نمره کل سیاهه در دامنه‌ای از صفر تا ۶۳ قرار می‌گیرد. مطالعات روان‌سنجی نشان می‌دهد که این پرسشنامه که از پایایی و اعتبار مطلوبی برخوردار است جانشین مناسبی برای ویرایش اول آن محسوب می‌شود (دوزوآ^۵، دابسون^۶ و آهنبرگ^۷؛ ۱۹۹۸ به نقل از غرابی^۸، ۱۳۸۲). بک، استیر و گاربین^۸ ثبات درونی را ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ با میانگین ۰/۸۶ و ضریب آلفای کرونباخ برای گروه

ایدز و یا آلوده به HIV در حافظه شرح حال می‌باشد. به نظر می‌رسد که مواجهه با ترومای بیماری مهلکی نظیر ایدز تغییرات شناختی را در بیماران بوجود آورد. در این مطالعه حافظه شرح حال از دو جنبه مورد مطالعه قرار می‌گیرد. حافظه رویدادی و معنایی حافظه و میزان بیش‌کلی گویی در بیان خاطرات حافظه شرح حال. از این رو برای دست‌یابی به اهداف مذکور فرضیه‌های زیر مطرح می‌شود. افراد مبتلا به HIV/AIDS در مقایسه با افراد عادی از عملکرد ضعیفی در حافظه رویدادی و معنایی حافظه سرگذشتی برخوردارند. میان عملکرد حافظه سرگذشتی و شدت نشانه‌های PTSD در بیماران مبتلا به HIV/AIDS رابطه وجود دارد.

روش

نمونه و جامعه آماری

جامعه آماری پژوهش در برگیرنده تمام بیماران مبتلا به HIV/AIDS است. نمونه پژوهش شامل ۳۰ نفر بیمار مبتلا به HIV/AIDS و ۳۰ نفر فرد سالم که در متغیرهای سن، جنس، سطح تحصیلات، وضعیت تأهل و شرایط اقتصادی-اجتماعی هم‌تا شده‌اند، به صورت در دسترس انتخاب و در مطالعه شرکت داده شده‌اند. کلیه بیماران از میان مراجعین به مرکز مشاوره بیماری‌های رفتاری مجتمع بیمارستانی امام خمینی انتخاب گردیدند. اهداف پژوهش برای همه شرکت‌کنندگان تبیین و اطمینان داده شد که کلیه اطلاعات به صورت محرمانه باقی خواهد ماند. اجرای پژوهش به صورت انفرادی در یک اتاق ساکت و آرام توسط محققین انجام گردید. اجرای AMT و AMI به صورت متقارن و پس از مقیاس تأثیر رویداد، سیاهه افسردگی بک، سیاهه اضطراب بک صورت گرفت.

ابزار

ابزار پژوهش شامل موارد زیر می‌باشد.

پرسشنامه خودسنجی تأثیر رویداد^۱ (IES-R):

مقیاس تجدید نظر شده تأثیر رویداد؛ به وسیله وایس^۲

3. Marmar

4. Horowitz

5. Dozois

6. Dobson

7. Ahenberg

8. Garbin

1. Impact of Event Scale

2. Weiss



بیماران جالب و جذاب می باشد. AMI یک ارزیابی از حافظه شخصی دور (پیش گستر) ارائه می دهد. عملکرد افراد در این آزمون می تواند با آنچه از تکالیف مربوط به حافظه دور رایج که به ارزیابی دانش وقایع عمومی می پردازد؛ مقایسه گردد. این آزمون وجود آسیب یا سلامت حافظه دور آزمودنی را مشخص می کند که شامل الگوی هر نوع نقص و شیب زمانی آن (ذخیره نسبی حافظه های قدیم در مقایسه با حافظه های اخیر) می باشد.

آزمون حافظه شرح حال (AMT): آزمون حافظه شرح حال؛ یک تکلیف مربوط به حافظه رویدادی است که در آن آزمودنی در پاسخ به نشانه لغات^۳ دارای بار هیجانی به تولید خاطرات شرح حال رویدادی اختصاصی می پردازند. این آزمون توسط ویلیامز و برودبنت (۱۹۸۶) طراحی و تدوین گشته است و با استفاده از کارت هایی به ابعاد ۱۵×۲۰، که نشانه لغات بر روی آنها نوشته شده اجرا می شود. پنج لغت منفی و پنج لغت مثبت که از لحاظ بار هیجانی و فراوانی (بسامد) در زبان فارسی همتا شده بودند از خزانه لغات عاصی (۱۳۸۴)، انتخاب شدند. لغات مثبت عبارت از گردش، خوشحال، موفقیت، پذیرش، و ایمن و لغات منفی متأسف، ناامیدی، درد و رنج، قربانی، و طرد بود. لازم به ذکر است که لغات مثبت و منفی به صورت درهم ارائه گردید.

از شرکت کنندگان خواسته شد که به هر لغت، با خاطره ای که به واسطه لغت یادآوری می شود، پاسخ دهند. به آنها گفته شد که خاطره یادآوری شده می تواند مهم یا کم اهمیت، مربوط به دوران گذشته یا اخیر باشد. نکته مهم این است که باید یک رویداد اختصاصی را بیان کنند. حادثه ای که در یک زمان و مکان خاص رخ داده و دارای یک مدت زمان محدود (یک روز یا کمتر) باشد. با ذکر یک مثال سعی می شود که آزمودنی نسبت به انجام تکلیف خود روشن شود و اگر شرکت کننده در حداقل دو کوشش تمرینی موفق به ارائه حافظه اختصاصی نشود، آزمون اجرا نمی گردید. آزمودنی ها برای بازیابی و تولید هر خاطره ۳۰ ثانیه زمان دارد و چنانچه اولین خاطره به صورت اختصاصی تولید نشد راهنمایی زیر ارائه می شد: "آیا می توانید یک

بیمار ۰/۸۶ و غیر بیمار ۰/۸۱ گزارش کرده اند. مطالعه انجام شده در ایران برای بررسی اعتبار و پایانی سیاهه نشان داد که نمره کل با میانگین ۰/۷۹، انحراف استاندارد ۷/۹۶، آلفای کرونباخ ۰/۷۸ و پایایی بازآزمایی به فاصله دو هفته، ۰/۷۳ بود (مجتبیایی و همکاران، به نقل از غرایبی، ۱۳۸۲).

پرسشنامه اضطراب بک (BAI): پرسشنامه اضطراب بک یک پرسشنامه خود-گزارشی برای اندازه گیری شدت اضطراب در نوجوانان و بزرگسالان است (بک و همکاران، ۱۹۹۶؛ به نقل از غرایبی، ۱۳۷۲). این پرسشنامه یک مقیاس ۲۱ ماده ای است که آزمودنی در هر ماده یکی از چهار گزینه ای را که نشان دهنده شدت اضطراب است، انتخاب می کند. هر سؤال در یک طیف چهار بخشی از ۰ تا ۳ نمره گذاری می شود. هر یک از ماده های سیاهه یکی از علائم شایع اضطراب (علائم ذهنی، بدنی و هراس) را توصیف می کند. این پرسشنامه به گونه ای تدوین شده که علائم افسردگی را شامل نشود. نتایج مطالعات ضریب همسانی درونی ($\alpha = 0.92$)، پایایی با روش بازآزمایی به فاصله یک هفته ۰/۷۵ و همبستگی ماده های آن بین ۰/۳۰ تا ۰/۷۶ گزارش کرده اند (کلارک^۱ و واتسون^۲، ۱۹۹۱؛ به نقل از غرایبی، ۱۳۷۲). تحقیقات انجام شده در ایران ضریب پایایی آن را با روش بازآزمایی و به فاصله دو هفته ۰/۸۰ گزارش کرده است (غرایبی، ۱۳۷۲).

مصاحبه حافظه شرح حال (AMI): این آزمون برای فاصله سنی ۱۸ سال به بالا مناسب است که در قالب یک مصاحبه ساختار یافته مشتمل بر دو بخش اجرا می شود. بخش اول مربوط به حافظه شرح حال معنائی به ارزیابی یادآوری رویدادهای گذشته زندگی شخصی افراد می پردازد. در این بخش آزمودنی ملزم به یادآوری حقایق زندگی گذشته مربوط به دوران کودکی؛ ابتدای بزرگسالی و وقایع دوران اخیر می باشد. بخش دوم به یادآوری حافظه شرح حال رویدادی همان سه دوره زمانی می باشد. این آزمون ساده و از قابلیت اجرایی نسبتاً سریع برخوردار است و برای

¹. Clark

². Watson

³. Cue word



جدول ۱- ویژگی های جمعیت شناختی دو گروه آزمودنی های مبتلا به ایدز و کنترل سالم

متغیرها	سطوح متغیرها	مبتلا به ایدز	کنترل سالم
جنسیت	مرد	۱۹	۱۹
	زن	۱۱	۱۱
تأهل	مجرد	۱۸	۱۸
	متأهل	۱۲	۱۲
	ابتدایی	۱۵	۱۵
سطح تحصیلات	سیکل و راهنمایی	۸	۸
	دیپلم	۵	۵
	بالتر از دیپلم	۲	۲
	میانگین مدت زمان ابتلا به بیماری (سال)	۵/۶۳	-

بیانگر وجود نشانه های PTSD در سطح بالایی است.

نتایج تحلیل واریانس یک راهه نشان داد که گروه بیمار در بازیابی خاطرات اختصاصی از حافظه در مقایسه با گروه کنترل سالم، بسیار ضعیف عمل کرده اند [$f(1, 58) = 5.25, p < 0.05$]. این در حالی است که این تفاوت فاحش تنها به بازیابی خاطرات منفی مربوط بوده [$f(1, 58) = 30.24, p < 0.001$] و نه خاطرات مثبت. مقایسه یافته های دو گروه در مصاحبه ی حافظه شرح حال نشان داد که گروه بیمار هم در بخش حافظه شرح حال معنایی و هم در حافظه شرح حال رویدادی از عملکردی متفاوت با افراد گروه کنترل داشته اند، به عبارت دیگر در کلیه خرده مقیاس های مصاحبه حافظه شرح حال معنایی کودکی [$f(1, 58) = 17.02, p < 0.001$ ، رویدادی کودکی [$f(1, 58) = 39.75, p < 0.001$ ، معنایی بزرگسالی [$f(1, 58) = 8.65, p < 0.001$ ، رویدادی بزرگسالی [$f(1, 58) = 50.79, p < 0.001$ ، معنایی اخیر [$f(1, 58) = 45.27, p < 0.001$] و

رویداد اختصاصی را به یاد آورید؟". اولین خاطره بازیابی شده (اختصاصی یا غیر اختصاصی) توسط دو نفر کدگذاری شد. همبستگی درون طبقه ای دو نمره گذاری برای خاطرات اختصاصی بین ۰/۸۳ تا ۰/۹۴ در نوسان بود.

یافته ها

همان طور که جدول ۱ نشان می دهد دو گروه در متغیرهای جنسیت، تأهل و سطح تحصیلات، کاملاً یکسان می باشند. میانگین مدت زمان ابتلاء بیماران به ایدز ۵/۶ سال می باشد. نتایج آزمون تحلیل واریانس یک راهه نشان داد که در متغیر سن، میان دو گروه تفاوت معناداری مشاهده نمی شود (جدول ۲). همچنین نتایج تحلیل واریانس یک متغیره حکایت از آن دارد که دو گروه در متغیرهای افسردگی و اضطراب با یکدیگر متفاوت می باشند، به طوری که گروه بیمار از میزان اضطراب و افسردگی بالایی برخوردار هستند (جدول ۲). همچنین گروه بیمار در مقیاس تأثیر رویداد و خرده مقیاس های مربوطه (افکار ناخواسته، اجتناب و برانگیختگی) نمرات بالایی را به دست آورده اند که

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار متغیرهای سن، افسردگی، اضطراب و مقیاس تأثیر رویداد و تفاوت های آنها در سطح دو گروه مبتلا به ایدز و گروه کنترل سالم

سطح معناداری	گروه مبتلا به ایدز		گروه کنترل سالم		مقیاس تأثیر رویداد
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
سن	۳۰/۶۶	۴/۷۱	۳۰/۲۶	۴/۸۳	Ns
افسردگی	۲۵/۸۳	۱۰/۳۸	۸/۰۳	۲/۶۴	***
اضطراب	۱۸/۱۰	۶/۹۳	۵/۵۳	۲/۱۸	***
مقیاس تأثیر رویداد	کلی	۲۹/۹۰	-	-	-
	اجتناب	۱۰/۵۶	۴/۸۲	-	-
	افکار ناخواسته	۹/۱۶	۴/۰۶	-	-
	بیش برانگیختگی	۱۰/۱۶	۵/۳۳	-	-



جدول ۳- میانگین، انحراف معیار و نتیجه تحلیل واریانس یک راهه میان متغیرهای مربوط به حافظه شرح حال اختصاصی (AMTS) و حافظه شرح حال معنایی و رویدادی در سطح دوگروه مبتلاء به ایدز و گروه کنترل سالم

سطح معناداری	گروه مبتلاء به ایدز		گروه کنترل سالم		اختصاصی	آزمون حافظه شرح حال (AMT)
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار		
***	۳/۴۳	۱/۵۶	۵/۵	۱/۳۳	موجب	
Ns	۱/۶۳	۱/۱۲	۲/۱۶	۱/۰۱	منفی	
*	۲/۲۳	۰/۷۲	۱/۷۶	۰/۸۵		
***	۱۵/۶۵	۱/۹۷	۱۲/۷۶	۳/۲۷	دوره کودکی	حافظه معنایی شخصی
***	۱۳/۹۱	۲/۴۱	۱۷/۰۱	۱/۲۶	دوره بزرگسالی	
***	۱۴/۹۶	۲/۰۷	۱۸/۳۸	۱/۸۴	دوره اخیر	
***	۴۱/۳۶	۶/۳۱	۵۱/۸۱	۳/۸۰	کل	مصاحبه
***	۲/۰۱	۰/۹۱	۳/۳۱	۰/۶۶	دوره کودکی	حافظه شرح حال (AMI)
***	۳/۰۸	۰/۷۸	۴/۵۳	۰/۷۸	دوره بزرگسالی	حافظه رویدادی
***	۴/۱۶	۰/۸۸	۵/۳۱	۰/۶۸	دوره اخیر	
***	۹/۲۶	۲/۱۵	۱۳/۱۶	۱/۶۹	کل	

*** = 0.001 ** = 0.1 * = 0.05

بخش معنایی نیز کاهش معناداری در بازیابی مواد اختصاصی مشهود است. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های دیگر از جمله دالگلیش و همکاران (۲۰۰۷)، مرادی و همکاران (۲۰۰۸)، ویلیامز و همکاران (۲۰۰۷) کویکن و بروین (۱۹۹۵)، کانگاس و همکاران (۲۰۰۵)، بروین (۲۰۰۷)، مرادی و همکاران (۱۳۸۹)، ملچرت و پارکر (۱۹۹۷)، مسترز و همکاران (۲۰۰۰) در یک راستا می‌باشد.

در تبیین این یافته‌ها می‌توان به این نکته اشاره کرد که فرایندهای تنظیم اثر تکراری علاوه بر ممانعت از دسترسی به اطلاعات اختصاصی رویدادی، باعث جلوگیری از دستیابی به اطلاعات اختصاصی معنایی مربوط به گذشته نیز می‌گردند. بر طبق نظر کانوی (۲۰۰۵) یکی از اهداف حافظه کاری، ممانعت از دستیابی به مواد شرح حال به عنوان شکلی از اجتناب کارکردی می‌باشد.

تفسیر دیگر قابل طرح این است که کاهش اختصاصی بودن حافظه در افراد مبتلاء به اختلالات هیجانی، به عملکرد ضعیف آنها در تکالیف شناختی که ناشی از کنترل اجرایی مهار شده است، می‌باشد (دالگلیش و همکاران، ۲۰۰۷؛ ویلیامز و همکاران، ۲۰۰۷). تولید و بازیابی کامل خاطرات مستلزم حضور و فعالیت دو مؤلفه فیلتر کردن خاطرات بیش کلیتی و فرایند جستجو و بازتولید خاطرات اختصاصی از سطوح عمیق‌تر حافظه توسط نظام کنترل اجرایی است. در

رویدادی اخیر [$f(1, 58) = 31.60, p < 0.001$] گروه بیمار مواد کمتری را بازیابی کرده‌اند. این یافته‌ها حتی زمانی که افسردگی کنترل گردید، نشان داده شد (جدول ۳).

نتایج آماره همبستگی نشان داد که میان آزمون حافظه اختصاصی با خرده مقیاس حافظه رویدادی دوره کودکی $r(60) = .38, p < .01$ ، حافظه معنایی دوره بزرگسالی $r(60) = .42, p < .01$ ، حافظه رویدادی دوره بزرگسالی $r(60) = .43, p < .01$ ، حافظه معنایی دوره اخیر $r(60) = .51, p < .01$ و حافظه رویدادی دوره بزرگسالی $r(60) = .40, p < .01$ همبستگی وجود دارد. این نتایج هنگامی هم که افسردگی کنترل گردید نشان داده شد.

بحث

نتایج این مطالعه نشان داد که افراد مبتلاء به ایدز در بازیابی خاطرات اختصاصی در مقایسه با گروه کنترل از عملکرد پائین‌تری برخوردار هستند و این تفاوت صرفاً به بازیابی خاطرات منفی مربوط بوده و نه بازیابی خاطرات مثبت. آنها همچنین در مصاحبه حافظه سرگذشتی در هر دو بخش رویدادی و معنایی و در زیرمقیاس‌های مربوطه عملکرد ضعیفی را نشان داده‌اند. یافته‌های AMI و AMT هر دو نشان داد که کاهش میزان اختصاصی بودن خاطرات تنها مربوط به بخش رویدادی حافظه سرگذشتی نیست بلکه در



تروماتیک از یک سو و اجتناب از دست‌یابی به اطلاعات شخصی اختصاصی از گذشته با خاطرات منفی از طرف دیگر باشد، این امر موجب بروز شکل کلی "خود" در اجتناب از مواد حافظه سرگذشتی می‌گردد (مرادی و همکاران در دست چاپ). بنابراین، کاهش حافظه اختصاصی نه فقط شاهدهی بر دست‌یابی حافظه سرگذشتی است، بلکه همچنین نشان‌دهنده دست‌یابی به اطلاعات مربوط به خود معنایی از گذشته نیز می‌باشد. افراد درگیر با تروما به ویژه آنهایی که به اختلال استرس پس از سانحه مبتلا هستند نه تنها تمایل به بازبینی مواد مربوط به حافظه رویدادی شرح حال ندارند، بلکه همچنین به نظر می‌رسد که نقایصی نیز در سایر جنبه‌های مربوط به خود، نظیر بازبینی اطلاعات سرگذشتی معنایی دارند.

همچنین یافته‌های پژوهشی نشان می‌دهد در حالی که افراد مبتلاء به ایدز که علائم PTSD را نشان می‌دهند حافظه‌های معنایی کمتری را بازبینی کرده‌اند، بلکه میزان بازبینی مواد به صورت اختصاصی از حافظه سرگذشتی رویدادی نیز کاهش یافته است. این یافته‌ها بر اساس نظریه ویلیامز و همکاران (۲۰۰۷) اشتغال و نشخوار (CAR)، اجتناب کارکردی (FA) و کنترل اجرائی آسیب دیده قابل توجهی است. مدل نظری CARFAX سه مکانیزم را در حافظه سرگذشتی غیر اختصاصی دخیل می‌داند، اشتغال و نشخوار فکری، اجتناب کارکردی، و نقص کنترل اجرائی. مدل حافظه "خود" کانوی و پلدپراس (۲۰۰۰) پیشنهاد می‌کند که مراحل آغازین استفاده بازبینی به طور مفهومی مبتنی بر بازبینی‌های خود شامل حافظه معنایی شخصی (نام دوستان، معلمان و ... درنچل، ویلیامز، بدلی، و نیمواسمیت، ۱۹۹۲) است که به بازبینی کمک می‌کند. دانش معنایی در مورد خود توسط حافظه‌های اختصاصی تأیید و حمایت می‌شود. ویلیامز و همکاران (۲۰۰۷) پیشنهاد می‌کنند که برتری مفهومی اطلاعات مربوط به خود در مراحل آغازین جستجوی حافظه ممکن است موجب بروز مشکلاتی در بازخوانی حافظه‌های اختصاصی گردد. بنابراین اگر مشکلاتی در بازخوانی حافظه‌های معنایی شخصی وجود داشته باشد، آنگاه احتمالاً بازبینی مواد از حافظه رویدادی با مشکلاتی روبرو خواهد شد. ویلیامز و همکاران همچنین متذکر می‌شوند که مکانیزم

صورتی که نظام کنترل اجرائی که مسئولیت بسیاری از توانایی‌های شناختی مانند جستجوی اطلاعات، نظارت و سنجش، حافظه کاری، حفظ خودآگاهی، تنظیم و مدیریت هیجانات، انعطاف ذهنی و ... را بر عهده دارد، در انجام وظیفه با مشکل مواجه شود و نتواند درست عمل کند، موجب می‌شود که در بازبینی اطلاعات اختصاصی خاطرات ناقص عمل کرده و به جای اطلاعات اختصاصی، بیشتر خاطرات بیش‌کلیتی را تولید نماید.

با توجه به اینکه دو گروه در متغیرهای سن، جنس، سطح تحصیلات هم‌تا شده‌اند، احتمالاً می‌توان علت این امر را نقش اختلالات هیجانی در نظر گرفت. وجود رابطه منفی میان متغیرهای روان‌شناختی افسردگی، اضطراب، و به ویژه خرده‌مقیاس‌های IES-R با میزان تولید خاطرات سرگذشتی و بازبینی آنها به صورت اختصاصی دلیل روشنی بر این دیدگاه است که اختلالات هیجانی نقش تعیین‌کننده‌ای در بروز این نواقص شناختی دارد.

بر اساس فرضیه تعدیل اثر، افراد مبتلاء به PTSD به واسطه استفاده از راهبرد شناختی خاص برای کنترل و کاهش اثرات منفی حادثه، در بازبینی از حافظه شرح حال، کلی عمل کرده و در پاسخ به تکلیف، خاطرات را به شکل کلی تولید می‌کنند. به نظر می‌رسد که سابقه و مدت زمان مواجهه با تروما که درماندگی شدید و بیشتری را سبب می‌شود نیز در بازبینی خاطرات مؤثر است.

بررسی و مقایسه نتایج حاصل از مطالعات در مورد افراد مبتلاء به PTSD و تروما نشان می‌دهد که نواقص شناختی مانند کاهش اختصاصی بودن حافظه شرح حال یک ویژگی، کاملاً ذاتی PTSD است و ماهیت PTSD (صرف نظر از نوع ترومای تجربه شده) تأثیر چندانی بر آنان ندارد. به عبارت دیگر، پس از بروز اختلال (توسط هر نوع رویداد تروماتیک) نواقص شناختی از جمله نقص در بازبینی دقیق خاطرات از پی آمدهای آن می‌باشد.

در تبیین این یافته‌ها همچنین می‌توان به این فرضیه اشاره کرد که اگر هدف جاری "خودکاری"^۱ تلاش برای حفاظت از خود در برابر حافظه‌های

^۱. Working self



منابع

غرای، بنفشه (۱۳۸۲). تعیین وضعیت‌های هویتی و ارتباط آن با سبک‌های هویتی و افسردگی در نوجوانان تهرانی. رساله دکتری چاپ نشده. انستیتو روانپزشکی تهران.

غرای، بنفشه (۱۳۷۲). بررسی پاره ای از الگوهای شناختی در بیماران مبتلا به همودی اضطراب و افسردگی. پایان نامه کارشناسی ارشد چاپ نشده. انستیتو روانپزشکی تهران.

مرادی علیرضا، عبدی احمد و اکرامیان فهیمه (۱۳۸۹). عملکرد حافظه شرح حال (اختصاصی بودن جنبه‌های معنایی و رویدادی) در افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه (PTSD). مجله روان‌شناسی دانشگاه تبریز.

References

- American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed text Revisional. Washington, DC: Author.
- Beck Depression Inventory-II. Psychological Assessment, 10, 83-89.
- Dritschel, B.H., Williams, J.M.G., Baddeley, A.D. & Nimmo-Smith, I. (1992). Autobiographical fluency: A method for the study of personal memory. *Memory and Cognition*, 20, 133-140
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Conway, M. A. (2005). Memory and the self. *Journal of Memory and Language*, 53, 594-628.
- Conway, M. A., & Pleydell-Pearce, C. W. (2000). The construction of autobiographical memories in the self-memory system. *Psychological Review*, 107, 261-288.
- Brewin, C.R. & Holmes, E A. (2003) Psychological theories of Posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review*, 23. 339 – 376.
- Brewin, C.R. (2007). Autobiographical memory for trauma : Update on four controversies . *Memory*, 15(3), 227–248.
- Conway, M.A. (2005). Memory and the Self. *Journal of Memory and Language*, 53 (4), 594-628.
- Dalgleish, T., Tchanturia, K., Serpell, L., Hems, S., Yiend, J., De Silva, P., et al. (2003). Self-reported parental abuse relates to autobiographical memory style in patients with eating disorders. *Emotion*, 3, 211-222.
- Dalgleish, T.(2004). Cognitive Approaches to Posttraumatic Stress Disorder. The evolution of multi-representational theorizing. *Psychological Bulletin*, 130, 228–260.

اشتغال و نشخوار شامل اثرات منابع کاهنده اجرائی در دسترس تروما که منجر به بازدارندگی تداخل اطلاعات شناختی می شود، در خلال پردازش، مشکل‌تر بازیابی می‌شود. این امر سبب می‌شود که دسترسی به طرحواره های خود منفی که فرآیندهای شناختی را در طول بازیابی در سطوح حافظه سرگذشتی اختصاصی تحت تأثیر قرار می‌دهد افزایش یافته و در نتیجه نشخوارهای فکری حافظه ناراحت‌کننده و تروماتیک بیشتر شود.

از طرفی کانوی و پیلدپرس (۲۰۰۰)، پیشنهاد می‌کنند که حافظه کلی و بازیابی توصیفات کلی ممکن است کمتر از حافظه‌های رویدادی اختصاصی اثر پذیرباشند، و بنابراین، موجب تداوم چنین وضعیتی می‌گردند. در حالی که اجتناب، کارکرد اثرات بالقوه مواد هیجانی را کاهش می‌دهند، ممکن است در یک الگوی عادت‌ی عمل کرده و موجب کاهش AMS گردد. نتایج دیگر مطالعات نقش تفاوت های فرهنگی را در AMS نشان می‌دهد. علاوه بر این در این پژوهش ارزیابی جامعی از علائم و نشانه‌های PTSD در تاریخچه افراد به عمل نیامد، هر چند که نتایج مقیاس IES-R حکایت از شدت علائم در این بیماران دارد. در مطالعات بعدی به نظر می‌رسد که باید به نقش سایر بخش های حافظه از جمله نقش حافظه کاری در بازیابی مواد از حافظه سرگذشتی (حافظه معنایی، حافظه رویدادی، حافظه اختصاصی و ...) پرداخت.

این مطالعه با محدودیت‌هایی نیز همراه بود که از آن جمله می توان به محدودیت زمان در بررسی تاریخچه ابتلاء به AIDS، مقایسه عملکرد بیماران مبتلاء به AIDS و افراد ناقل HIV، اثر تفاوت‌های فرهنگی در عملکردهای شناختی افراد مبتلاء و کنترل سایر متغیرهای شناختی اشاره کرد.

سپاس و قدردانی

پژوهش حاضر با همکاری مرکز تحقیقات ایدز ایران انجام گرفت. از این رو ضروری است از استاد گراندرد سرکار خانم دکتر مینو محرز، ریاست محترم مرکز، و کلیه همکاران ارجمندی که در این مهم ما را یاری کردند سپاسگزاری نمائیم.

Melchert, T. P., & Parker, R. L. (1997). Different forms of childhood abuse and memory. *Child Abuse and Neglect*, 21, 125–135.

Moradi, A., Herlihy, J., Yasseri, G., Turner, S. & Dalgleish, T. (2008). Specificity of episodic and semantic aspects of autobiographical memory in relation to symptoms of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD). *Acta Psychologica*, 127, 645-653.

Odiase FE, Ogunrin OA, Ogunniyi AA (2007). Memory Performance in HIV/AIDS: A prospective case control study. *Canadian Journal of Neurological Sciences*, 34(2), 15- 49.

Smith, M. Y., Egert, J., Winkel, G., Jacobson, J. (2002). The Impact of PTSD on Pain Experience in Persons with HIV/AIDS. *Journal of Pain*, 98, 9–17.

Smith, M. Y., Egert, J., Winkel, G., Jacobson, J. (2002). The Impact of PTSD on Pain Experience in Persons with HIV/AIDS. *Journal of Pain*, 98, 9–17.

Cysique, Lucette A. J.; Maruff, Paul; Brew, Bruce J. (2006). The neuropsychological profile of symptomatic AIDS and ADC patients in the pre-HAART era: A meta-analysis. *Journal of the International Neuropsychological Society*, Vol 12 (3), 368-382.

Wang, Q. & Conway, M. A. (2004). The Stories We Keep: Autobiographical memory in American and Chinese middle-aged adults. *Journal of Personality*. Blackwell Publishing, 72: 5.

Weiss, D. S., & Marmar, C. R. (1997). The Impact of Event Scale-Revised. In J.P. Wilson, & T.M. Keane (Eds.), *Assessing psychological trauma and PTSD*. (pp. 399-411). New York: Guilford Press.

Willebrand, M., Norlund, F., Kildal, M., Gerdin, B., Ekselius, L., & Andersson, G. (2002). Cognitive Distortions in Recovered Burn Patients: The emotional Stroop task and autobiographical memory test. *Burns*, 28, 465-471.

Williams, J. M. G., Barnhofer, T., Hermans, D., Raes, F., Watkins, E., & Dalgleish, T. (2007). Autobiographical memory specificity and emotional disorder. *Psychological Bulletin*, 133, 122-148.

Williams, J. M. G., & Dritschel, B. H. (1992). Categorical and extended autobiographical memories. In M. Conway, D. Rubin, H. Spinnler & W.A. Wagenaar (Eds.), *Theoretical perspectives on autobiographical memory* pp. 391-412. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.

Woods, S.P., Iudicello, J.E., Moran, L.M., Carey, C., L. (2008). HIV-Associated Prospective Memory Impairment Increases Risk of Dependence in Everyday Functioning. *Neuropsychology*. American Psychological Association, 22(1), 110-117.

Dalgleish, T., Rolfe, J., Golden, A., Dunn, B.D. & Barnard, P.J. (2008). Reduced autobiographical memory specificity and posttraumatic stress: Exploring the contributions of impaired executive control and affect regulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 117, 236-241

Dalgleish, T., Williams, J. M. G., Perkins, N., Golden, A. J., Barnard, P. J., Yeung, C., et al. (2007). Reduced specificity of autobiographical memory and depression: The role of executive processes. *Journal of Experimental Psychology: General*, 136, 23–42.

Gupta, Saurabh; Woods, Steven Paul; Weber, Erica; Dawson, Matthew S.; Grant, Igor (2010). Is prospective memory a dissociable cognitive function in HIV infection?. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 32(8), 898-908.

Illa, L., Benejam, G., Lage, O., Friedman, L., & Latson, D. (2010). Prevalence of PTSD Symptoms in Adolescents Living With HIV. *Journal of Adolescent Health*, 46(2), 47.

Jobson, L. (2009a). Drawing current posttraumatic stress disorder models into the cultural sphere: the development of the 'threat to the conceptual self' model. *Clinical Psychology Review*, 29, 368-381.

Jobson L., O'Keefe, R. (2009). Impact of Cultural Differences in Self on Cognitive Appraisals in Posttraumatic Stress Disorder. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 37, 249 – 266.

Jobson, L. (2009b). Cultural Differences in Specificity of Autobiographical Memories: Implications for Asylum Decisions. *Psychology, Psychiatry and Law*, 16, 453-457.

Opelman, M. D., Wilson, B. A., & Baddeley, A. D. (1989). The autobiographical memory interview: A new assessment of autobiographical and personal semantic memory in amnesic patients. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 11, 724-744.

Kangas, M., Henry, J. L., & Bryant, R. A. (2005). A prospective study of autobiographical memory and posttraumatic stress disorder following cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 293-299.

Kopelman, M. D., Wilson, B. A., & Baddeley, A. D. (1990). *The autobiographical memory interview*. Bury St. Edmunds: UK: Thames Valley Test Company.

Kuyken, W., Brewin, C.R. (1995). Autobiographical Memory functioning in Depression and Reports of Early Abuse. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 585–591.

Meesters, C., Merckelbach, H., Muris, P., & Wessel, I. (2000). Autobiographical memory and trauma in adolescents. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 31, 29–39.