

فصلنامه علمی - پژوهشی روانشناسی دانشگاه تبریز

سال پنجم شماره ۱۷ بهار ۱۳۸۹

عملکرد حافظه‌ی شرح حال (اختصاصی بودن جنبه‌های معنایی و رویدادی) در افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه (PTSD)

دکتر علیرضا مرادی - دانشیار گروه روان‌شناسی دانشگاه تربیت معلم تهران (خوارزمی)
احمد عبدی - دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی دانشگاه تربیت معلم تهران (خوارزمی)
فهیمة اکرمیان - دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره خانواده دانشگاه علامه طباطبایی

چکیده

پژوهش حاضر شامل دو مطالعه است که به بررسی رابطه بین توانایی دست‌یابی به موارد شرح حال اختصاصی از حافظه و نشانه‌های PTSD می‌پردازد. مطالعه‌ی اول شامل یک گروه از مبتلایان به PTSD ناشی از جنگ، به عنوان گروه آزمایشی و دو گروه کنترل (Non-PTSD و سالم) بوده و مطالعه‌ی دوم، بر روی بیماران سرطانی مبتلا به PTSD و گروه کنترل سالم انجام شده است. گروه‌ها در متغیرهای سن و هوش هم‌تا شدند. آزمودنی‌ها به دنبال تکمیل مقیاس تجدیدنظر شده تأثیر رویداد (IES-R)، سیاهه‌ی افسردگی بک (BDI)، سیاهه‌ی اضطراب بک (BAI)، و مقیاس هوش تجدیدنظر شده وکسلر بزرگسالان (WAIS-R)، به تکمیل آزمون حافظه‌ی شرح حال (AMT) و مصاحبه حافظه شرح حال (AMI) پرداختند. نتایج مطالعه اول نشان داد که در گروه‌های دارای سابقه‌ی تروما کاهش اختصاصی بودن خاطرات در AMT و AMI با استرس پس از سانحه وسیع‌تر همراه می‌باشد و در بین این گروه‌ها نیز، افرادی که دارای نشانه‌شناسی شدیدتری بودند، نواقص حافظه وسیع‌تری نشان دادند. یافته‌های مطالعه‌ی دوم حاکی از آن بود که بیماران سرطانی مبتلا به PTSD، در مقایسه با گروه کنترل، قادر به

بازیابی جزئیات رویدادی و معنایی کمتری در مورد گذشته شخصی خود می‌باشند. آنهایی که نشانه‌شناسی شدیدتری داشتند، خاطرات اختصاصی کمتری را از حافظه بازیابی نمودند. داده‌های هر دو مطالعه براساس فرضیه دستیابی توافقی به مواد شرح حال اختصاصی در افراد مبتلا که منعکس‌کننده‌ی یک فرآیند تنظیم اثر می‌باشد، بحث شده‌اند.

واژگان کلیدی: اختلال استرس پس از سانحه (PTSD)، حافظه‌ی شرح حال معنایی، حافظه‌ی شرح حال رویدادی، سرطان، شناخت.

تحقیقات اولیه درباره‌ی نقش حافظه‌ی شرح حال در اختلالات هیجانی، به بررسی این نکته پرداخته‌اند که حافظه ممکن است به واسطه‌ی حالت خلقی کنونی دچار سوگیری گردد. سوگیری که می‌تواند در شروع و تداوم اختلال عاطفی مشارکت داشته باشد. این مطالعات اولیه نشان دادند که حافظه شرح حال در ارتباط با خلق، پدیده جالبی برای بررسی می‌باشد.

لیود و لیشمن^۱ (۱۹۷۵) از جمله اولین کسانی بودند که حافظه شخصی را به صورت آزمایشی مورد بررسی قرار دادند. آنها با استفاده از فهرستی از لغات خنثی به عنوان سرخ، از بیماران افسرده بالینی خواستند تا به واسطه‌ی این فهرست در مورد خاطرات خوشایند یا ناخوشایند فکر کنند. این محققان دریافتند که به موازات شدت افسردگی، بیماران خاطرات ناخوشایند را سریع‌تر بازیابی می‌کنند. کارهای بعدی در این زمینه توسط تیزدل و فوگارتی^۲ (۱۹۷۹؛ به نقل از دالگلیش، ۲۰۰۴) با افراد غیرافسرده که خلق آنان به صورت آزمایشی دستکاری شده بود، صورت گرفت. آنها دریافتند که زمان‌های نهفتگی برای یادآوری رویدادهای منفی یا مثبت به واسطه‌ی حالت خلقی دچار سوگیری است. اگرچه این امر بیشتر به خاطر یادآوری کند مواد مثبت در خلق افسرده بود تا یادآوری سریع مواد منفی. تحقیقات بعدی با افراد افسرده‌ی بالینی که براساس وجود تغییرات خلقی روزانه انتخاب شده بودند، انجام شد. کلارک و تیزدل

1- Lioyd & Lishman

2- Fogarty

(۱۹۸۲؛ به نقل از دالگلیش، ۲۰۰۴) به این نتیجه دست یافتند که هنگامی که بیماران افسردگی شدید دارند، یادآوری خاطرات شاد کمتر صورت می‌گیرد و احتمال یادآوری خاطرات منفی بیشتر است. هنگامی که همین بیماران در نقطه‌ی غیرافسردگی چرخه خود هستند، این تصویر معکوس می‌گردد.

مطالعات اولیه‌ی حافظه‌ی شرح حال در چارچوب کلی مدل‌های شبکه‌ای حافظه صورت گرفت. این مدل‌ها بیان می‌کنند که هیجان‌ها به عنوان بخشی از یک شبکه‌ی تداعی کلی‌تر در حافظه بازنمایی می‌شوند (باور، ۱۹۸۱). باور مطرح می‌کند که هیجان توسط گره‌هایی در حافظه بازنمایی می‌شود که این گره‌ها فعال‌سازی‌های وسیعی را دریافت و ارسال می‌کنند و با نیرومندی‌های متفاوت به گره‌های دیگر متصل هستند. چنین مدلی مشابه نظریه‌ی شبکه‌ی معنایی (کولینز و گولیبیان^۱، ۱۹۶۹؛ به نقل از دالگلیش، ۲۰۰۴) است. در چنین سیستمی یک حالت عاطفی خاص به عنوان یک گره در حافظه‌ای که دارای ویژگی‌های مشابهی باشد، رمزگذاری می‌شود. بنابراین، چندین ورودی هیجانی^۲ و با ارزش‌های متفاوت در شبکه وجود دارند، در نتیجه می‌توانند به وسیله‌ی منابع سازگار فعال گردند.

تا زمانی که تحقیقات، سرعت بازیابی یا دسترسی سریع به مواد همسان با خلق، زمان رمزگذاری و بازیابی را بررسی می‌کردند، مدل شبکه‌ای کارآمد می‌نمود. اما به مرور در تبیین یافته‌ها نابسندگی نشان داد. بزرگ‌ترین چالش، از یافته‌های بالینی و آزمایشی که چارچوب را از تأکید بر ابعاد کمی حافظه (احتمال یا زمان نهفته یادآوری رویداد مثبت نسبت به رویداد منفی) به سمت ماهیت کیفی آنچه یادآوری می‌شود (چه مثبت و چه منفی) تغییر داد، ناشی می‌شود. از این رو اغلب تحقیقات اخیر بر جنبه‌ی اختصاصی بودن یا کلی بودن رویداد یادآوری شده، تأکید دارند.

با توسعه‌ی مدل حافظه همسان با خلق به بیماران متمایل به خودکشی، ویلیامز و

1- Collins & Quillian

2- emotional addresses

برودبنت (۱۹۸۶) دریافتند که این افراد در مقایسه با گروه کنترل، علاوه بر پاسخدهی کندتر به نشانه‌های مثبت، در پاسخ به نشانه‌ی لغات مثبت و منفی و در تولید خاطره‌ی اختصاصی دچار شکست می‌گردند. در عوض، آن‌ها در تقریباً نیمی از کوشش‌هایشان با ارائه‌ی خاطره‌ای که شامل مجموعه‌ای از رویدادهای مشابه می‌باشد، پاسخ می‌دهند. در حالی که گروه کنترل در بیش از ۸۰٪ موقعیت‌ها به صورت اختصاصی عمل می‌کنند. عملکرد ضعیف این بیماران در این تکلیف را نمی‌توان به واسطه‌ی نواقص کلی در پردازش شناختی تبیین کرد، چون همه‌ی شرکت‌کنندگان در یک تکلیف حافظه‌ی معنایی عملکرد خوب و برابری نشان دادند. بنابراین، خاطرات شرح‌حال بیماران ممکن است در شکل، محتوا و سرعت بازیابی متفاوت باشد. این یافته اولیه، در تغییر کانون تحقیقات بر حافظه‌ی شرح‌حال کمک‌کننده بود و مطالعات شروع به تمرکز دقیق‌تر روی درجه‌ی اختصاصی بودن یادآوری رویدادهای شخصی نمودند.

در سال ۱۹۹۵، کویکن و بروین یکی از اولین مطالعاتی را که در آن به بررسی نقش تجربیات تروماتیک در سبب‌شناسی حافظه کلی پرداخته را انجام دادند. آنان، زنان افسرده دارای سابقه‌ی سوءاستفاده جنسی در کودکی را با زنان افسرده بدون سابقه‌ی سوءاستفاده مقایسه کردند و دریافتند که گروه آزمایش به طور معناداری دارای خاطرات کلی بیشتری نسبت به گروه کنترل هستند. این داده‌ها نشان داد که سطح حافظه‌ی کلی علاوه بر تشخیص افسردگی ممکن است با تجربه‌ی تروما مرتبط باشد. پس از این، مطالعات دیگری رابطه‌ی بین اختصاصی بودن حافظه‌ی شرح‌حال و گزارش‌های مربوط به تروما یا واکنش‌های تروما را مورد بررسی قرار دادند. مطالعات هم شامل گزارشات مربوط به سوءاستفاده جنسی و هم سوءاستفاده فیزیکی می‌شود که بسیار مهم ولی تصریح آنها مشکل می‌باشد.

همچنین تصادف، جنگ، سرطان و آتش‌سوزی نیز مورد بررسی قرار گرفتند. این افراد شامل نمونه‌های غیربالینی (هندرسون^۱ و همکاران، ۲۰۰۲) و بالینی می‌باشند.

نمونه‌های بالینی شامل بیماران سرپایی افسرده بزرگسال (هرمن^۲ و همکاران، ۲۰۰۴)، بیماران مبتلا به اختلال خوردن (دالگلیش و همکاران، ۲۰۰۳)، بیماران مبتلا به اختلال استرس حاد پس از تصادف با وسایل نقلیه (هاروی، برایانت دانگ^۳، ۱۹۹۸)، پس از تشخیص سرطان (کانگاس، هنری و برایانت^۴، ۲۰۰۵) و مبتلایان به PTSD (برای مثال؛ سربازان ویتنام؛ مک نالی^۵ و همکاران، ۱۹۹۵) می‌باشد.

داده‌ها نشان می‌دهد که سابقه‌ی تجربیات تروماتیک به طور نزدیکی با بروز نواقص حافظه‌ی کلی ارتباط دارد. این امر علی‌رغم این واقعیت است که از افراد خواسته نشد که خاطرات مربوط به تروما را بازبازی کنند. به هر حال، همانگونه که مطالعات مربوط به سربازان جنگ (مک نالی و همکاران، ۱۹۹۵)، بازمانده گان تصادفات جاده‌ای (هاروی و همکاران، ۱۹۹۸) و بیماران سرطانی (کانگاس و همکاران، ۲۰۰۵) نشان می‌دهد، تنها وجود سابقه تروما کافی نیست. این مطالعات شامل گروه‌های کنترل که با تروما مواجه شده اما مبتلا به PTSD یا اختلال هیجانی طولانی مدت نشده‌اند نیز بود. در این گروه‌ها نقص حافظه کلی به دست نیامد. این نکته نشان می‌دهد که ارتباط بین تروما و اختصاصی بودن حافظه به واسطه‌ی ابعاد کیفی تروما تعدیل می‌گردد (مانند طول و شدت تروما؛ هرمنز^۶ و همکاران، ۲۰۰۴؛ و راهی که مردم با تروما مقابله می‌کنند؛ برای مثال با اجتناب فعال؛ کویکن و بروین، ۱۹۹۵).

همچنین، ممکن است واکنش‌های انسان‌ها به تروما وابسته به سن باشد. ویلابراند^۷ و همکاران (۲۰۰۲) دریافتند که مجروحان آتش‌سوزی بزرگسال، در اختصاصی بودن حافظه نسبت به گروه کنترل تفاوتی ندارند. به هر حال اگر آتش‌سوزی در کودکی رخ داده باشد بر اختصاصی بودن حافظه اثر دارد.

1- Henderson
3- Dang
5- McNally
7- Willebrand

2- Hermans
4- Kangas, Henry & Bryant
6- Hermans

ماهیت تروما نیز مهم است. زیرا تحقیقات نشان داده‌اند که معمولاً با گذشت زمان رویدادهای منفی، توان برانگیختن عاطفه منفی را از دست می‌دهند (محوشدگی سوگیری عاطفه^۱). این اثر در افراد مبتلا به ملالت (dysphoria) در مقایسه با گروه کنترل سالم دیده نمی‌شود (برای مثال؛ والکر^۲ و همکاران، ۲۰۰۳). بنابراین؛ علاوه بر تجربه رویدادهای منفی، افراد افسرده و PTSD در یادآوری رویداد، سطوح بالای عاطفه منفی را تجربه می‌کنند.

حافظه شرح حال معنایی در PTSD

مفهوم سازی‌های نظری درباره‌ی ارتباط بین خود (self) و حافظه، رابطه‌ی نزدیکی بین حافظه‌ی شرح حال و «خود مفهومی»^۳ مطرح می‌کند (کانوی، ۲۰۰۵؛ کانوی، میرز و استاندارت^۴، ۲۰۰۴). خود-مفهومی شامل اطلاعات معنایی درباره‌ی خود می‌باشد. بر طبق چنین مدل‌هایی، هدف بلافصل خود-کاری^۵ اجتناب از دستیابی به اطلاعات خاص شخصی مربوط به حادثه رنج‌آور گذشته می‌باشد و خود را به صورت یک شکل کلی‌تر اختلال نشان می‌دهد (ویلیامز و همکاران، ۲۰۰۷). بنابراین، هنگام بررسی کیفیت دستیابی به اطلاعات خود-مدار مربوط به گذشته، انتظار بروز هرگونه حافظه‌ی اختصاصی کاهش یافته بدیهی است.

در بررسی ادبیات موضوع، مطالعات اندکی به بررسی این مسأله پرداخته است، در صورتی که مطالعات نسبتاً زیادی جنبه رویدادی و کلی بودن یادآوری‌های مربوط به آن را مورد بررسی قرار داده‌اند (همه مطالعاتی که در بخش قبلی ذکر شد، مربوط به بررسی جنبه‌ی رویدادی حافظه شرح حال می‌باشند). در یک مطالعه‌ی اولیه در این زمینه، ملچرت و پارکر^۱ (۱۹۹۷) از ۴۲۹ بزرگسال، سوالات فرارشرح حال درباره‌ی کودکی‌شان

1- fading affect bias
3- Conceptual self
5- working self

2- Walker
4- Meares & Standart
6- Melchert & Parker

پرسیدند. برای مثال؛ «آیا در کودکی مورد سوءاستفاده واقع شده‌اند» و همچنین درباره‌ی کیفیت خاطراتشان از کودکی. پژوهشگران به رابطه‌ی معناداری بین مواجهه با تروما و خاطرات مبهم‌تر دست نیافتند. به هر حال، اگرچه این مطالعه‌ی بینشی درباره‌ی ادراکات افراد دارای سابقه‌ی تروما از خاطرات کودکی‌شان به ما می‌دهد، ولی به طور مستقیم صحت و اختصاصی بودن این خاطرات را ارزیابی نمی‌کند.

مطالعه‌ی بعدی در این زمینه در یک نمونه کوچک از بزرگسالان دارای سابقه‌ی تروما ($n=10$) و گروه کنترل که سابقه مواجهه با تروما را نداشتند ($n=17$) صورت گرفت. در این مطالعه از آزمون حافظه‌ی قراردادی^۱ (میسترز^۲ و دیگران، ۲۰۰۰) استفاده شد. نتایج آشکار ساخت که گروه دارای سابقه‌ی تروما، علی‌رغم ارائه‌ی عملکرد قابل مقایسه در ابزار یادآوری داستانی، حافظه‌ی ضعیف‌تری از گروه کنترل به نمایش گذاشتند.

این یافته‌ها یک حمایت مقدماتی از این دیدگاه که، حافظه شرح حال اختصاصی کاهش یافته به فراتر از حوزه رویدادی گسترش یافته و واقعیات معنایی را نیز در بر می‌گیرد، فراهم می‌کند و به این ترتیب گزارش‌های داستانی‌گونه از شکاف‌های آمنزی^۳ مربوط به کودکی را در افراد دارای سابقه‌ی تروما اعتبار می‌بخشد (برای مثال؛ کورتیز^۴، ۱۹۸۸).

مطالعه‌ی دیگری که به بررسی این مساله پرداخته، توسط مرادی و همکاران (۲۰۰۸) صورت گرفته است. در این مطالعه رابطه‌ی بین نشانه‌های PTSD و جنبه‌های معنایی حافظه شرح حال در بیماران سرطانی، دو سال پس از درمان و در مقایسه با گروه کنترل نرمال مورد بررسی قرار گرفته است. مطالعات زیادی وقوع معنی‌دار PTSD را در بزرگسالان مبتلا به سرطان نشان داده‌اند (برای مرور به کانگاس، هنری و بریانت، ۲۰۰۵).

1- bespoke memory test
3- amnesic gaps

2- Meesters
4- Courtois

مراجعه شود). حتی در مورد بیماران سرطانی که معیارهای PTSD را برآورده نمی‌سازند، مطالعات با استفاده از IES، بروز بالای نشانه‌های اجتناب و یادآوری‌های مزاحم را نشان داده‌اند (برای مثال؛ بلیکر^۱ و همکاران، ۲۰۰۰؛ هامپتون و فرومباخ^۲، ۲۰۰۰). علاوه بر این، بیماران سرطانی مبتلا به PTSD در آزمون حافظه‌ی شرح‌حال (AMT)، دارای حافظه‌ی اختصاصی پایین‌تری هستند (کانگاس، هنری و برایانت، ۲۰۰۵). نتایج مطالعه مرادی و همکاران (۲۰۰۸) نشان داد که حتی با وجود از بین بردن اثر سن و جنس، بیماران سرطانی مبتلا به PTSD دارای خاطرات شخصی معنایی کمتری از گذشته‌اند.

این نتایج، یافته‌های مسترز و همکاران (۲۰۰۰) را تأیید و نشان می‌دهد که، حافظه‌ی شرح‌حال اختصاصی کاهش یافته مختص حوزه‌ی رویدادی نبوده و در ابعاد معنایی یادآوری نیز نمایان است. علاوه بر این، نتایج مطالعه‌ی اخیر برای اولین بار نشان داد که بین حافظه‌ی شرح‌حال معنایی و شدت PTSD همبستگی وجود دارد و میزان نقص در حافظه‌ی شرح‌حال معنایی با سطوح افکار مزاحم رابطه‌ی مثبت دارد. بیماران سرطانی قادر به تولید جزئیات معنایی کمتری درباره‌ی گذشته شخصی، در مقایسه با گروه کنترل بودند. بیمارانی که دارای اوضاع وخیم‌تری بودند، نواقص حافظه وسیع‌تری را نشان دادند.

این داده‌ها بر حسب فرایندهای تنظیم اثر تکراری (راس و دیگران، زیر چاپ) تفسیر شده است. این فرضیه بیان می‌کند که کاهش یافتگی خاطرات از لحاظ اختصاصی بودن، نوعی استراتژی شناختی است که مانع دست‌یابی افراد دارای سابقه‌ی تروما به جزئیات حادثه رنج‌آور مربوط به گذشته می‌گردد.

بررسی مرادی و همکاران (۲۰۰۸) شامل دو مطالعه می‌باشد. در مطالعه‌ی اول؛ نمونه‌ای از آوارگان مبتلا به PTSD به تکمیل آزمون حافظه‌ی شرح‌حال (AMT) پرداختند. در این آزمون، آزمودنی‌ها در پاسخ به نشانه لغات دارای بار هیجانی، به

1- Belicker

2- Hampton & Frombach

بازیابی خاطرات شرح حال رویدادی می‌پردازند. نتایج نشان داد که خاطرات اختصاصی کمتر در AMT با فراوانی بیشتر فلاش‌بک‌های مربوط به تروما و به کارگیری اجتناب فعال کمتر در رویارویی با آشفتگی‌های مربوط به تروما در زندگی روزمره، مرتبط است.

این مطالعه (مرادی و همکاران، ۲۰۰۸) به بررسی حافظه رویدادی و معنایی به صورت جداگانه، در نمونه‌های متفاوت و دارای حجم مختلف پرداخته و همچنین با استفاده از ابزارهای تشخیصی غیریکسان صورت گرفته است. لذا در حال حاضر امکان دستیابی به همپوشی‌های زیربنایی احتمالی بین دو جنبه‌ی حافظه‌ی شرح حال در افراد PTSD (به عنوان یکی از اهداف مطالعه حاضر) وجود ندارد.

استفاده‌ی همزمان از آزمون حافظه‌ی شرح حال (AMT) و مصاحبه‌ی 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، و در ارتباط با نشانه‌های خاص PTSD، مورد بررسی قرار داد.

بنابراین، مطالعه حاضر به بررسی رابطه بین جنبه‌های معنایی و رویدادی حافظه‌ی شرح حال و نشانه‌های خاص PTSD می‌پردازد. به عبارت دیگر، هر دو جنبه‌ی حافظه‌ی شرح حال در یک گروه از افراد مبتلا مورد بررسی قرار می‌گیرد. در این بررسی، جمعیت مورد مطالعه، ماهیت تروما و ابزارهای تشخیصی به کار گرفته شده همسانند (در مطالعه‌ی قبلی همه این موارد متفاوت بوده‌اند). در نتیجه با اطمینان بیشتری می‌توان درباره‌ی فرایندهای زیربنایی این الگوهای به ظاهر متفاوت یافته‌ها به گمانه‌زنی پرداخت.

این مطالعه شامل دو بخش می‌باشد. در بخش اول، وضعیت حافظه‌ی شرح حال (ابعاد معنایی و رویدادی) در گروهی از افراد درگیر در جنگ مبتلا به PTSD بررسی و با دو گروه کنترل که شامل یک گروه افراد درگیر در جنگ غیرمبتلا به PTSD و یک

گروه افراد عادی می‌باشند، مقایسه می‌گردند. در بخش دوم نیز گروهی از بیماران زن سرطانی مبتلا به PTSD در مقایسه با یک گروه کنترل سالم مورد بررسی قرار می‌گیرند. مطالعات زیادی وقوع معنی‌دار PTSD را در بزرگسالان مبتلا به سرطان نشان داده‌اند (برای مرور مراجعه شود به؛ کانگاس، هنری و برایانت، ۲۰۰۲). متغیرهای مورد بررسی در هر دو مطالعه و فرضیه‌های آنان دقیقاً یکسان می‌باشند. تفاوت بین دو مطالعه‌ی مربوط به ماهیت PTSD در گروه‌های آزمایشی می‌باشد.

در هر دو مطالعه، فرضیه‌های اول و دوم به بررسی اختصاصی بودن جنبه‌های معنایی و رویدادی حافظه‌ی شرح‌حال مبتلایان به PTSD در مقایسه با گروه‌های کنترل می‌پردازد و فرضیه‌های سوم و چهارم، رابطه بین شدت PTSD و میزان کاهش اختصاصی بودن هر یک از ابعاد حافظه‌ی شرح‌حال را ارزیابی خواهد کرد. در واقع، هدف مطالعه‌ی حاضر ارزیابی رابطه‌ی بین نشانه‌های خاص PTSD و کاهش اختصاصی بودن جنبه‌های معنایی و رویدادی حافظه‌ی شرح‌حال می‌باشد.

روش

۱- تعداد ۲۵ بیمار مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه‌ی ناشی از جنگ، مرد، در دامنه‌ی سنی ۳۸-۵۰ سال، با بهره‌ی هوشی متوسط (۹۵-۱۱۰). این گروه به عنوان گروه آزمایشی، به صورت در دسترس، از بین بیماران بستری در بیمارستان بقیه‌الله شهر تهران و با همکاری گروه مهندسی ۴۲ قدر شهرستان اراک انتخاب شدند (گروه مهندسی ۴۲ قدر، یک گروه نظامی- مهندسی و وابسته به سپاه پاسداران می‌باشد).

۲- تعداد ۲۵ نفر رزمنده Non-PTSD، در شرایط جنسی، سنی و هوشی مشابه با گروه آزمایشی و به عنوان گروه کنترل (۱) و با همکاری گروه مهندسی ۴۲ قدر شهرستان اراک انتخاب شدند.

۳- تعداد ۲۵ نفر افراد عادی و در شرایط جنسی، سنی و هوشی مشابه با گروه آزمایشی، و به عنوان گروه کنترل عادی (۲) و از بین افراد سالم انتخاب شدند.

مطالعه‌ی دوم

۱- تعداد ۲۵ بیمار مبتلا به سرطان سینه دارای PTSD، زن، در دامنه‌ی سنی ۳۰-۵۰ سال، با بهره‌ی هوشی متوسط (۹۵-۱۱۰). این گروه به عنوان گروه آزمایشی از بین بیماران بستری در بخش سرطان بیمارستان امام خمینی شهر تهران انتخاب شدند.

۲- تعداد ۲۵ نفر افراد عادی و در شرایط جنسی، سنی و هوشی مشابه با گروه آزمایشی، به عنوان گروه کنترل، از بین افراد سالم و از میان کارکنان بخش‌های مختلف بیمارستان امام خمینی انتخاب شدند.

جامعه و نمونه‌ی آماری

برای انتخاب گروه‌ها، به علت کمبود بیماران و محدودیت در نمونه‌گیری، از روش نمونه‌گیری دردسترس استفاده شده است.

ابزارهای اندازه‌گیری

مقیاس تجدیدنظر شده تأثیر رویداد: مقیاس تجدیدنظر شده تأثیر رویداد^۱ (IES-R) یک پرسشنامه‌ی خودسنجی ۲۲ ماده‌ای است که فراوانی نشانه‌های پس از سانحه؛ اجتناب، برانگیختگی بیش از حد و علائم آزاردهنده را (در خرده‌مقیاس‌های جداگانه) و در طول یک هفته‌ی اخیر می‌سنجد. همسانی درونی این آزمون بالا (آلفای کرونباخ، ۰/۹۲-۰/۷۹) و پایایی آزمون-بازآزمون آن خوب است (وایس^۲ و مارمر^۳، ۱۹۹۷). این آزمون به عنوان ابزار سنجش درماندگی پس از سانحه دارای اعتبار بالایی است گر چه باید تأکید شود که ابزار تشخیصی PTSD نمی‌باشد. در این مطالعه، IES-R در ارتباط

1- Impact of Event Scale-Revised
3- Charles, Marmar

2- Daniel, Weiss

با تجربه جنگ اجرا و تکمیل گشت.

مصاحبه حافظه‌ی شرح حال: مصاحبه‌ی حافظه‌شرح حال (AMI) ابزاری برای سنجش حافظه‌ی اخیر (پس‌گستر) آزمودنی‌ها است. در مطالعه‌ی حاضر بخش معنایی این آزمون بکار برده شده است. AMI از طریق یک مصاحبه باساختار در مورد واقعیات شرح حال (برای مثال، مکان زندگی فرد در کودکی یا بزرگسالی)، به سنجش حافظه‌ی شرح حال معنایی می‌پردازد. بخش معنایی AMI سه دوره زمانی را مورد ارزیابی قرار می‌دهد: کودکی (برای مثال، نام مدرسه، معلمین یا دوستان)، اوایل بزرگسالی (برای مثال، نام اولین کارفرما) و واقعیات مربوط به دوران اخیر (برای مثال، تعطیلات). نمرات براساس سطح جزئیات دقیق پاسخ‌ها داده می‌شود. برای مثال، برای نام خانوادگی صحیح ۱ نمره تعلق می‌گیرد، اما اگر فقط به نام کوچک اشاره شود، ۰/۵ نمره اختصاص داده می‌شود. برای هر دوره‌ی زمانی، دامنه‌ی نمرات از ۰ تا ۲۱ متغیر خواهد بود. نتایج اجرای آزمایشی و کامل AMI با شرکت‌کنندگان مطالعه حاضر نشان داد که عملکرد افراد در سقف آنچه از یک گروه نورولوژیکی سالم انتظار می‌رود، قرار دارد (اثر تارک^۱؛ کویلمن^۲ و همکاران، ۱۹۹۰).

آزمون حافظه‌ی شرح حال: آزمون حافظه شرح حال^۳ (AMT) با همکاری یک ارزیاب (مفسر) که درباره هدف و ماهیت آزمون آموزش دیده، و با استفاده از کارتهایی به ابعاد ۲۰×۱۵، که نشانه لغات بر روی آنها نوشته شده بود، اجرا گردید. با استفاده از خزانه‌ی لغات عاصی (۱۳۸۴)، پنج لغت منفی و پنج لغت مثبت که از لحاظ بار هیجانی و فراوانی (بسامد) در زبان فارسی هم‌تا شده بود، انتخاب شدند. لغات مثبت مورد استفاده در هر دو مطالعه‌ی همسان و شامل: بهار، خنده، عشق، گل و پرواز می‌باشند. فهرست لغات منفی به کار برده شده در هر دو مطالعه نیز به شرح زیر می‌باشد:

1- ceiling
3- Autobiographical Memory Test

2- Kopelman

مطالعه‌ی اول: انفجار، کیسه‌خواب، بمب، شکنجه و شیمیایی؛ مطالعه‌ی دوم: غده، مرگ، شیمی‌درمانی، اتاق عمل و آمپول. لازم به ذکر است که لغات مثبت و منفی به صورت درهم ارائه گردید.

به شرکت‌کنندگان آموزش داده شد که به هر لغت، با رویدادی (خاطره‌ای) که به واسطه‌ی لغت یادآوری می‌شود، پاسخ دهند. به آنها گفته می‌شود که رویداد یادآوری شده می‌تواند مهم یا کم اهمیت، مربوط به دوران گذشته یا اخیر باشد، اما باید یک رویداد اختصاصی باشد. چیزی که در یک زمان و مکان خاص رخ داده و دارای یک مدت زمان محدود (یک روز یا کمتر) است. مثالی از آنچه اختصاصی می‌گوییم، ارائه و تا شرکت‌کننده در حداقل دو کوشش تمرینی موفق با ارائه‌ی حافظه‌ی اختصاصی نمی‌شد، آزمون اجرا نمی‌گردید. آزمودنی‌ها برای بازیابی هر خاطره، ۳۰ ثانیه زمان در اختیار داشتند. چنانچه اولین خاطره اختصاصی نبود، راهنمایی استاندارد ارائه می‌شد: «آیا می‌توانید یک رویداد اختصاصی را به یاد آورید؟». اولین خاطره‌ی بازیابی شده (اختصاصی یا غیراختصاصی) کدگذاری می‌شد. دو ارزیاب این آزمون را برای همه شرکت‌کنندگان تکمیل کردند. همبستگی درون طبقه‌ای بین نمره‌گذاری دو ارزیاب برای خاطرات اختصاصی بین ۰/۸۳ تا ۰/۹۴ در نوسان بود. خاطرات غیراختصاصی نیز بر حسب انواع خاطرات طبقه‌ای، گسترده یا حذف (در صورت عدم پاسخدهی)، در راستای مطالعات موجود در این زمینه (برای مثال؛ داگلیش و همکاران، ۲۰۰۳)، کدگذاری گردید. لازم به ذکر است که فقط داده‌های مربوط به خاطرات اختصاصی وارد تحلیل و در اینجا ذکر شده‌اند.

برای سنجش افسردگی آزمودنی‌ها، از سیاهه افسردگی بک (BDI) و برای سنجش اضطراب، از پرسشنامه‌ی اضطراب بک (BAI) استفاده شده است. همچنین، برای ارزیابی هوش، به منظور هم‌تاسازی گروه‌ها، بخش کلامی آزمون هوش وکسلر بزرگسالان (WAIS-R) اجرا گردید.

شیوه‌ی اجرا

به علت زیاد بودن تعداد آزمون‌ها و وقت‌گیر بودن اجرای برخی از آنها، و همچنین به منظور جلوگیری از خستگی آزمودنی‌ها و بالا بردن دقت پاسخگویی، اجرای کامل آزمون‌ها در دو جلسه‌ی ۱ ساعته انجام پذیرفت. آزمودنی در اتاقی آرام و بدون هیچ‌گونه مزاحمتی، در مقابل آزمایشگر یا مصاحبه‌کننده بر صندلی نشسته و پاسخگوی سوالات بود.

در جلسه‌ی اول، پس از آشنایی با آزمودنی و بیان توضیحات کلی درباره‌ی اهداف و چگونگی انجام کار و کسب رضایت از وی برای همکاری، به اجرای آزمون‌ها پرداخته می‌شد.

در گروه‌های آزمایشی، آزمون IES-R (برای سنجش نشانه‌های PTSD)، اولین آزمونی بود که به اجرا درآمد. لازم به ذکر است که این افراد قبلاً توسط روانپزشک بخش تشخیص PTSD گرفته بودند. آزمون افسردگی و اضطراب بک، آزمون‌های بعدی بودند که آزمودنی‌ها اقدام به تکمیل آنها نمودند. بخش کلامی آزمون هوش وکسلر بزرگسالان (WAIS-R)، آخرین آزمونی بود که در جلسه اول اجرا شد. جلسه‌ی دوم که به فاصله‌ی یک روز پس از جلسه اول تشکیل می‌شد، به آزمون‌های حافظه‌ی شرح حال اختصاص داشت. آزمودنی ابتدا مصاحبه حافظه‌ی شرح حال (بخش معنایی) را تکمیل کرده و پس از اتمام مصاحبه و با فاصله‌ی زمانی ۵ دقیقه، آزمون حافظه‌ی شرح حال به اجرا درمی‌آمد (به بخش ابزار مراجعه شود). اجرای آزمون‌ها در گروه‌های نرمال (کنترل)، در یک جلسه ۱/۵ ساعته برگزار شد.

یافته‌ها

در مطالعه‌ی اول، وضعیت حافظه‌ی شرح حال بیماران درگیر در جنگ مبتلا به PTSD بررسی، و با دو گروه کنترل که شامل افراد عادی و افراد درگیر در جنگ Non-PTSD

می‌باشند، مقایسه شده است. با وجود تفاوت معنادار بین گروه‌ها در متغیرهای اضطراب و افسردگی، اثر این متغیرها بر حافظه‌ی شرح‌حال معنادار به دست نیامد. بنابراین، از تحلیل کنار گذاشته شده و برای تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس یکراهه (ANOVA) استفاده شده است.

جدول ۳.۱. آمار توصیفی و (ANOVA) در سن، IQ، افسردگی و اضطراب

گروه‌ها	تعداد	میانگین	انحراف معیار	خطای معیار میانگین	F	سطح معناداری
(سن)	۲۵	۴۳	۴/۴	۰/۸۸	۰/۳۱۸	۰/۷۲۹
کنترل	۲۵	۴۲	۴/۶	۰/۹۳		
PTSD	۲۵	۴۲	۴/۶	۰/۹۲		
Non-PTSD	۲۵	۱۰۴	۴/۶	۰/۹۲	۰/۳۱۵	۰/۷۳۱
(هوش)	۲۵	۱۰۳	۵/۱	۱/۰۱		
کنترل	۲۵	۱۰۳	۴/۲	۰/۸۵		
PTSD	۲۵	۷	۲/۳	۰/۴۷	۳۳۸/۱۵۵	*۰/۰۰۰۱
Non-PTSD	۲۵	۴۱	۶/۲	۱/۲		
(افسردگی)	۲۵	۱۳	۵/۲	۱/۰۴		
کنترل	۲۵	۹	۵/۷	۱/۱	۴۰۴/۵۳۴	*۰/۰۰۰۱
PTSD	۲۵	۴۴	۵/۷	۱/۱		
Non-PTSD	۲۵	۱۱	۲/۴	۰/۴۸		

* معنادار در سطح ۰/۰۵ (دو دامنه)

همانگونه که در جدول ۳.۱. مشاهده می‌شود، بین میانگین گروه‌ها در متغیرهای سن و هوش تفاوت معناداری وجود ندارد ولی در اضطراب و افسردگی و پس از انجام آزمون تعقیبی بونفرونی، تفاوت بین هر سه گروه معنادار به دست آمد.

- فصلنامه علمی - پژوهشی روانشناسی دانشگاه تبریز
- سال پنجم شماره ۱۷، بهار ۱۳۸۹

جدول ۳.۲. آمار توصیفی گروه‌های دارای سابقه‌ی مواجهه با تروما در IES-R

گروه‌ها	تعداد	میانگین	انحراف معیار	خطای معیار میانگین
IES (total)	۲۵	۷۲/۹	۶/۳	۱/۲۶
PTSD	۲۵	۵/۲	۱/۵	۰/۲۹
Non-PTSD	۲۵	۲۶/۲	۲/۸	۰/۵۶
Avoidance	۲۵	۱/۹	۱/۲	۰/۲۴
PTSD	۲۵	۲۴/۰۴	۲/۰۵	۰/۴۱
Non-PTSD	۲۵	۱/۸	۱/۱۵	۰/۲۳
Intrusion	۲۵	۲۳/۰۸	۳/۰۸	۰/۶۱
PTSD	۲۵	۱/۵	۱/۰۴	۰/۲۱
Non-PTSD				

IES-R، نشان داد که در بین گروه‌های دارای سابقه‌ی مواجهه با تروما، گروه آزمایش ملاک‌های این آزمون را در حد بالایی تأمین کرده و در هر سه خرده‌مقیاس این آزمون نسبت به گروه Non-PTSD نمرات بالاتری کسب نمودند (جدول ۳.۲).

جدول ۳.۳. آمار توصیفی و مقایسه میانگین گروه‌ها در AMT و AMI

گروه‌ها	تعداد	میانگین	انحراف - معیار	خطای معیار میانگین	F	سطح معناداری
کنترل	۲۵	۸/۲۴	۱/۲	۰/۲۴	۱۶۹۱	**۰/۰۰۰
PTSD <u>AMT</u>	۲۵	۱/۶۴	۰/۹۹	۰/۱۹	۲۴۹	
Non-PTSD	۲۵	۶/۲	۱	۰/۲۰		
کنترل	۲۵	۲۰	۱/۲۵	۰/۲۵		*۰/۰۰۰۱
PTSD <u>childhood</u>	۲۵	۱۵	۲/۷۵	۰/۵۵	۲۴/۶۹۲	
Non-PTSD	۲۵	۱۷	۲/۵	۰/۵		
کنترل	۲۵	۱۹	۱/۷	۰/۳۵		*۰/۰۰۰۱
PTSD <u>Adult</u>	۲۵	۱۶	۱/۵	۰/۳	۲۲/۰۰۸	
Non-PTSD	۲۵	۱۷	۲/۳	۰/۵		
کنترل	۲۵	۲۱	۱	۰/۲		*۰/۰۰۰۱
PTSD <u>Recent</u>	۲۵	۱۸	۱/۶	۰/۳	۱۴/۶۲۶	
Non-PTSD	۲۵	۱۹	۱/۳	۰/۲۵		

* معنادار در سطح ۰/۰۵ (دو دامنه) ** معنادار در سطح ۰/۰۱ (دو دامنه)

برای آزمون فرضیه‌ی اول این مطالعه (رزمندگان مبتلا به PTSD جنگ، نسبت به رزمندگان غیر مبتلا به PTSD و افراد عادی عملکرد پایین‌تری در حافظه شرح حال رویدادی و معنایی دارند)، نمرات هر سه گروه در AMT و بخش معنایی AMI که شامل سه خرده‌مقیاس مجزا می‌باشد، مورد مقایسه قرار گرفت. همانگونه که در جدول ۳،۳ مشاهده می‌شود، در AMT (جنبه‌ی رویدادی حافظه‌ی شرح حال) بین عملکرد گروه‌ها در این آزمون تفاوت معناداری مشاهده می‌شود ($P: 0/01$). آزمون تعقیبی بونفرونی نشان داد که این تفاوت بین هر سه گروه معنادار می‌باشد. در جنبه معنایی حافظه شرح حال نیز گروه آزمایش عملکرد ضعیف‌تری داشت و این تفاوت معنادار بدست آمد ($p: 0/05$). بنابراین، فرضیه اول تأیید گردید.

فرضیه‌ی دوم بیان می‌کرد که بین شدت PTSD و اختصاصی بودن حافظه‌ی شرح حال (رویدادی و معنایی) رابطه‌ی منفی وجود دارد. در جدول ۳،۴ همبستگی جزئی میان عملکرد گروه آزمایش در AMT و AMI و خرده‌مقیاس‌های IES را مشاهده می‌کنید. در حافظه‌ی شرح حال معنایی، خرده‌مقیاس علائم آزاردهنده بیشترین مقدار رابطه‌ی منفی را با نمره‌ی کسب شده در AMI (مجموع سه خرده‌آزمون) دارا می‌باشد و پس از آن اجتناب و بیش‌انگیزگی و در آزمون AMT به ترتیب؛ خرده‌مقیاس اجتناب، علائم آزاردهنده و بیش‌انگیزگی ($P: 0/05$). بنابراین فرضیه‌ی دوم تأیید می‌گردد.

جدول ۳،۴. همبستگی جزئی (partial correlation) بین AMS و خرده‌مقیاس‌های

IES-R			
حافظه شرح حال (معنایی-رویدادی)	علائم آزاردهنده	اجتناب	بیش‌انگیزگی
AMI	*-0/181	*-0/140	*-0/041
AMT	*-0/189	*-0/258	*-0/076

* معنادار در سطح 0/05 (دو دامنه)

مطالعه‌ی دوم، به بررسی و مقایسه‌ی توانایی بازیابی جزئیات رویدادی و معنایی از حافظه، در گروهی از بیماران زن سرطانی مبتلا به PTSD و گروه کنترل نرمال می‌پردازد.

جدول ۳،۵. وضعیت دو گروه را در متغیرهای سن، هوش، اضطراب و افسردگی نشان می‌دهد. همانگونه که ملاحظه می‌شود، سطح اضطراب و افسردگی گروه‌ها دارای تفاوت معنادار می‌باشد. با این وجود، اثر این دو متغیر بر عملکرد در تکالیف حافظه‌ی شرح حال معنادار نبوده و بنابراین، از تحلیل کنار گذاشته شدند.

جدول ۳،۵. آمار توصیفی و مقایسه گروه‌ها براساس سن، IQ، افسردگی و اضطراب

متغیر	گروه‌ها	تعداد	میانگین	انحراف معیار	خطای معیار میانگین	T	سطح معناداری
سن	Cancer	۲۵	۴۰	۴/۶۵	۰/۹۳	-۱/۷۰۹	۰/۰۹۴
	Normal	۲۵	۴۳	۴/۴۴	۰/۸۸		
هوش	Cancer	۲۵	۱۰۲	۴/۲۶	۰/۸۵	-۰/۸۷۵	۰/۳۸۶
	Normal	۲۵	۱۰۳	۵/۰۸	۱/۰۱		
افسردگی	Cancer	۲۵	۲۹	۶/۴۷	۱/۳	۱۱/۷۵۳	*۰/۰۰۰۱
	Normal	۲۵	۱۱	۴/۳۳	۰/۸۶		
اضطراب	Cancer	۲۵	۴۰	۵/۳۵	۱/۰۷	۱۹/۶۵۷	*۰/۰۰۰۱
	Normal	۲۵	۱۲	۴/۸۳	۰/۹۶		

* معنادار در سطح ۰/۰۵ (دو دامنه)

در جدول ۳،۶. وضعیت گروه آزمایش در مقیاس تأثیر رویداد و خرده مقیاس‌های این آزمون، مشاهده می‌شود. نمرات به دست آمده نشان می‌دهد که بیماران سرطانی از نظر نشانه‌شناسی ملاک‌های آزمون را تأمین کرده و عملکرد آنان بسیار بالاتر از سطح عملکرد افراد جامعه می‌باشد (وایس و مارمر، ۱۹۹۷).

جدول ۳،۶. وضعیت بیماران سرطانی در IES-R

انحراف معیار	میانگین	تعداد	IES-R و خرده‌مقیاس‌های آن
۶/۸۶	۶۷/۶۸	۲۵	IES-total
۳/۲	۲۳/۳۶	۲۵	Avoidance
۳/۳۵	۲۱/۴۴	۲۵	Intrusion
۲/۹۹	۲۲/۸۸	۲۵	Arousal

فرضیه‌ی اول مطالعه‌ی دوم حاکی از آن بود که، بیماران سرطانی مبتلا به PTSD، نسبت به افراد عادی عملکرد پائین‌تری در حافظه‌ی حال رویدادی و معنایی دارند. در جدول ۳،۷. با استفاده از آزمون t نمونه‌های مستقل این فرضیه مورد آزمون قرار گرفت و با ۰/۹۹ اطمینان تأیید گردید (p: ۰/۰۱).

جدول ۳،۷. مقایسه میانگین گروه‌ها در AMT و AMI

سطح معناداری	t	خطای معیار میانگین	انحراف معیار	میانگین	تعداد	گروه‌ها
** ۰/۰۰۰۱	-۱۲/۳۵۳	۰/۳۱	۱/۵۵	۷/۶	۲۵	-AMT
		۰/۲۲	۱/۱۱	۲/۹	۲۵	کنترل سرطان
** ۰/۰۰۰۱	-۹/۴۱۵	۰/۲۵	۱/۲۴	۲۰	۲۵	AMI - (کودکی)
		۰/۴۶	۲/۳	۱۵	۲۵	کنترل سرطان
** ۰/۰۰۰۱	-۷/۰۷۸	۰/۳۵	۱/۸	۱۹/۵	۲۵	AMI - (بزرگسالی)
		۰/۴۱	۲	۱۵/۵	۲۵	کنترل سرطان
** ۰/۰۰۰۱	-۶/۱۵۳	۰/۰۹۸	۰/۵	۲۱	۲۵	AMI - (اخیر)
		۰/۳۲	۱/۶	۱۹	۲۵	کنترل سرطان

** معنادار در سطح ۰/۰۱ (دو دامنه)

- فصلنامه علمی - پژوهشی روانشناسی دانشگاه تبریز
 سال پنجم شماره ۱۷، بهار ۱۳۸۹

فرضیه‌ی دوم بیان می‌کند که بین شدت PTSD و توانایی بازیابی جزئیات شرح‌حال رویدادی و معنایی اختصاصی از حافظه، رابطه‌ی منفی وجود دارد. در جدول ۳،۸ همبستگی جزئی میان عملکرد گروه آزمایش در AMT و AMI و خرده‌مقیاس‌های IES را مشاهده می‌کنید. رابطه‌ی میان میزان اختصاصی بودن مواد بازیابی شده از حافظه‌ی شرح‌حال (هم جنبه‌ی رویدادی و هم جنبه‌ی معنایی) و خرده‌مقیاس‌ها منفی به دست آمد. در هر دو جنبه، بیشترین میزان رابطه به ترتیب زیر به دست آمد: خرده‌مقیاس اجتناب، خرده‌مقیاس علائم آزاردهنده و نشانه‌های بیش‌انگیختگی (۰/۰۵). بنابراین، افرادی که دارای نشانه‌های درماندگی پس از سانحه وسیع‌تری هستند، در بازیابی مواد شرح حال اختصاصی عملکرد ضعیف‌تری دارند. بدین صورت، فرضیه‌ی دوم نیز تأیید می‌گردد.

جدول ۳،۸. همبستگی جزئی (partial correlation) بین AMS و خرده‌مقیاس‌های IES-R

Hyper-arousal	Intrusion	Avoidance	حافظه‌ی شرح‌حال (معنایی- رویدادی)
* -۰/۰۴۳	* -۰/۱۵۴	* -۰/۲۰۳	AMI
* -۰/۱۰۱	* -۰/۱۸۶	* -۰/۲۵۷	AMT

* معنادار در سطح ۰/۰۵ (دو دامنه)

بحث و نتیجه‌گیری

در هر دو مطالعه، گروه‌های آزمایش در مقایسه با گروه‌های کنترل قادر به دستیابی به جزئیات معنایی و رویدادی اختصاصی کمتری از حافظه بودند. این یافته‌ها نشان می‌دهد که کاهش اختصاصی بودن خاطرات مختص حوزه‌ی رویدادی حافظه‌ی شرح‌حال نبوده و در بعد معنایی آن نیز نمایان است. این نتایج با یافته‌های مطالعه دالکلیش و همکاران (۲۰۰۷)، مرادی و همکاران (۲۰۰۸)، ویلیامز و همکاران (۲۰۰۷) کوپکن و بروین (۱۹۹۵)، کانگاس و همکاران (۲۰۰۵)، بروین (۲۰۰۷) و ... در بخش رویدادی و با نتایج مطالعات ملچرت و پارکر (۱۹۹۷)، مسترز و همکاران (۲۰۰۰) و

مرادی و همکاران (۲۰۰۸) در حوزه رویدادی، همسو می‌باشد. چندین تبیین محتمل را می‌توان در مورد نتایج حاضر ارائه کرد.

فرضیه‌ی تعدیل اثر^۱: (ویلیامز و همکاران، ۲۰۰۷) بیان می‌کند که کاهش اختصاصی بودن حافظه بیانگر یک راهبردشناختی برای ممانعت از دسترسی به جزئیات حوادث شرح حال رنج‌آور مانند تروما می‌باشد. این فرضیه، تبیین قابل قبولی در این مورد فراهم می‌کند که، چرا افراد دارای سابقه‌ی مواجهه با تروما در مقایسه با افراد عادی که چنین سابقه‌ای ندارند، حافظه‌ی اختصاصی کاهش یافته‌تری نشان می‌دهند، و چرا در بین جمعیت دارای تاریخچه‌ی مواجهه با تروما، آنهایی که تجربه‌ی تروما با درماندگی فعلی بیشتری برایشان همراه است، نواقص بیشتری در اختصاصی بودن دارند. بنابراین، این فرضیه بیان می‌کند که (۱) سطوح بالاتر استرس پس از سانحه در پاسخ به یک تروما با AMS کاهش یافته‌تری همراه است (هرمنز^۲ و همکاران، ۲۰۰۴) و (۲) افراد دارای سابق مواجهه با تروما و مبتلا به PTSD در مقایسه با گروه کنترل دارای تاریخچه مواجهه و غیرمبتلا به PTSD، AMS کاهش یافته‌تری نشان می‌دهند (کانگاس و همکاران، ۲۰۰۵).

همچنین؛ براساس این فرضیه، مفهوم‌سازی‌های کنونی از حافظه، دانش شخصی معنایی و خود (برای مثال؛ کانوی، ۲۰۰۵) همسان با این نکته می‌باشد 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) نیز، یکی از اهداف حافظه‌کاری، ممانعت از دستیابی به مواد شرح حال به عنوان شکلی از اجتناب کارکردی می‌باشد.

فرضیه‌ی کنترل اجرایی^۳: پیش‌بینی‌کننده عملکرد کلی ضعیف‌تر در تکالیف‌شناختی که

1- affect regulation hypothesis
3- executive control hypothesis

2- Hermans

مستلزم تلاش هستند، می‌باشد. این فرضیه بیان می‌کند که کاهش یافتگی اختصاصی بودن حافظه در نمونه‌های دارای اختلال هیجانی، به عنوان نمونه‌ای از عملکرد ضعیف در تکالیف شناختی، ناشی از کنترل اجرایی تقلیل یافته می‌باشد (داگلیش و همکاران، ۲۰۰۷؛ ویلیامز و همکاران، ۲۰۰۷). در تشریح این فرضیه چنین مطرح شده است؛ تولید موفقیت‌آمیز خاطره نیازمند دو مولفه است:

۱) کنترل اجرایی خواستار جستجوی خاطره‌ی اختصاصی از میان پایگاه داده‌های حافظه‌ی شرح حال می‌باشد. در طول این جستجو، خاطراتی به ذهن می‌آیند که به طور متناسبی اختصاصی نیستند (بیش - کلی‌اند) و بنابراین باید کنار گذاشته شوند. در طول این تحلیل، کنترل اجرایی ضعیف باعث افزایش این احتمال می‌گردد که خاطرات نامتناسب کنار گذاشته نشده و به طور اشتباه به عنوان پاسخ تکلیف ارائه شوند.

۲) به منظور پیمودن سلسله‌مراتب فرضی حافظه‌ی شرح حال، از خاطرات کلی که در سطح قرار دارند به سمت خاطرات اختصاصی عمقی، منابع اجرایی متعددی مورد نیاز می‌باشد. باز در اینجا، ممکن است کنترل اجرایی نسبتاً ضعیف‌تر باعث شود فرآیند جستجو به طور موفقیت‌آمیز تکمیل نگشته، خاطرات کلی و غیراختصاصی که در سطوح بالای سلسله‌مراتب قرار دارند، به عنوان پاسخ تکلیف ارائه شوند. و در نتیجه به کاهش اختصاصی بودن حافظه منجر می‌شود.

در مطالعه‌ی حاضر، عملکرد ضعیف‌تر در آزمون‌های حافظه‌ی شرح حال نمی‌تواند به خاطر تلاش یا انگیزش متفاوت در بین گروه‌ها باشد. زیرا چنین تفاوت‌هایی در نیم رخ عملکرد WAIS نیز مشارکت دارند و این در حالی است که گروه‌ها قبلاً در WAIS عملکرد برابری داشته‌اند. بنابراین، نقص در یادآوری شخصی معنایی و رویدادی که در اینجا ذکر گردید، نقش تبیینی این فرضیه را کم رنگ می‌کند.

همچنین، یافته‌های این دو مطالعه نشان داد که بین اختصاصی بودن خاطرات در AMT (رویدادی) و AMI (معنایی) و نشانه‌های درماندگی پس از سانحه

(خرده‌مقیاس‌های سه‌گانه IES-R؛ اجتناب، برانگیختگی بیش از حد و علائم آزاردهنده) رابطه‌ی منفی وجود دارد. به عبارت دیگر، در بین جمعیت دارای تاریخچه مواجهه با تروما، آنهایی که تجربه‌ی تروما با درماندگی فعلی بیشتری برایشان همراه است، نواقص بیشتری در اختصاصی بودن دارند.

در تبیین این نتایج، همانگونه که در بخش قبلی ذکر گردید، فرضیه‌ی تعدیل اثر بیان‌کننده‌ی این نکته بود که افراد مبتلا به PTSD به واسطه‌ی راهبرد شناختی که برای کاهش اثرات تروما به کار می‌گیرند، در بازیابی از حافظه‌ی شرح‌حال کمتر اختصاصی عمل کرده و در پاسخ به تکلیف خاطرات کلی ارائه می‌دهند. همچنین، در میان افراد دارای سابقه‌ی مواجهه با تروما، آنهایی که تجربه‌ی تروما، درماندگی کنونی بیشتری برایشان به همراه دارد، دارای نواقص بیشتری در حافظه شرح حال اختصاصی می‌باشند.

در هر دو مطالعه شاهد بودیم که افراد مبتلا به PTSD در مقایسه با افراد عادی، قادر به بازیابی اختصاصی مواد شرح حال از حافظه نمی‌باشند. این یادآوری‌های کلی نه تنها در بعد رویدادی، بلکه در بعد معنایی حافظه شرح حال نیز نمایان است. از آنجاییکه وضعیت حافظه‌ی شرح‌حال با متغیرهایی چون سن و هوش رابطه دارد، لازم به ذکر است که این نتایج را نمی‌توان به عواملی چون بهره‌ی هوشی پایین‌تر یا تفاوت سن آزمودنی‌های شرکت‌کننده در بررسی حاضر نسبت داد، زیرا نمونه‌های مورد بررسی از لحاظ بهره‌ی هوشی و سن هم‌تا شده‌اند.

در گروه‌های آزمایشی، به موازات دارا بودن سطوح بالای نشانه‌شناسی مربوط به PTSD، سطح افسردگی نیز بالا است. مطالعات زیادی غیراختصاصی بودن خاطرات شرح حال را در افراد مبتلا به اختلالات افسردگی یا دارای نشانه‌های مربوط به این اختلال نشان داده‌اند (برای مثال؛ ویلیامز و همکاران، ۲۰۰۷). بنابراین، در حال حاضر مشخص نیست سهم هر کدام از این اختلالات در نواقص به دست آمده مربوط به

حافظه‌ی شرح‌حال به چه میزان است. گرچه در تحلیل داده‌های مربوط به پژوهش حاضر، اثر افسردگی و اضطراب بر عملکرد آزمودنی‌ها در آزمون‌های حافظه‌ی شرح‌حال، معنادار به دست نیامد. آنچه مسلم است این است که شرح حال افراد افسرده نیز در بسیاری از موارد دربرگیرنده خاطرات رنج‌آور و استرس‌آور می‌باشد. بنابراین، سرکوبی و اجتناب از این خاطرات می‌تواند امری بدیهی باشد.

اگر به بررسی نتایج حاصل از دو مطالعه و یک مقایسه کلی در مورد نتایج آنان بپردازیم، خواهیم دید که همانگونه که یک رویداد تروماتیک مثل جنگ باعث PTSD می‌گردد، سرطان نیز قابلیت ایجاد چنین اختلالی را دارا می‌باشد. در مورد نواقص به دست آمده مربوط به حافظه‌ی شرح‌حال نیز به همین صورت می‌باشد. این افراد هم در جنبه‌ی رویدادی و هم در بعد معنایی حافظه‌ی شرح‌حال، خاطرات کلی و غیر اختصاصی بازایی نمودند و میزان این نواقص با سطوح نشانه‌شناسی مرتبط می‌باشد. از نتایج مربوط به این دو مطالعه می‌توان چنین نتیجه گرفت که نواقصی مانند کاهش اختصاصی بودن حافظه شرح حال یک ویژگی کاملاً ذاتی PTSD است و ماهیت PTSD (از نظر نوع ترومای تجربه شده) تاثیر چندانی بر آنان ندارد. به عبارت دیگر، پس از ایجاد این اختلال (بواسطه هر رویدادی که به صورت بالقوه توان ایجاد آن را داشته باشد) نواقص مذکور نیز همراه آن وجود دارند. تنها عاملی که بر میزان نقص در بازایی از حافظه‌ی شرح‌حال موثر است، شدت نشانه‌شناسی می‌باشد.

تحقیقات نشان داده‌اند که PTSD موجب کاهش حجم هیپوکامپ و آمیگدال می‌گردد (ماتسوکا^۱، ۲۰۰۳). همچنین افراد با آسیب در لوب گیجگاهی دارای نواقصی در حافظه‌ی شرح‌حال می‌باشند. آسیب در لوب گیجگاهی می‌تواند باعث کاهش شدید سطوح عملکرد مکانیزهای تحکیم حافظه مربوط به رویدادهای شرح حال گردد (منبع قبلی).

1- Matsuoka

برای بررسی و تفسیر دقیق‌تر نتایج حاصل از مطالعاتی که در زمینه‌ی فرایندهای شناختی در این افراد صورت می‌گیرد، باید جنبه‌های عصب شناختی نیز مورد بررسی قرار گیرد.

تاریخ دریافت نسخه‌ی اولیه‌ی مقاله:

تاریخ دریافت نسخه‌ی نهایی مقاله:

تاریخ پذیرش مقاله:



References

منابع

- Belicker, E.B., Hickling, E.J., Taylor, A.E., Loos, W.R., Foreneris, C.A., & Ader, H.J. (2000). Psychological Distress Two Years after Diagnosis of Breast Cancer: Frequency and Prediction, *Patient Education and Counseling*, 40, 209-217.
- Brewin, C.R. (2007). Autobiographical Memory for Trauma: Update on Four Controversies, *Memory*, 15(3), 227-248.
- Bower, G.H. (1981). Mood and Memory, *American Psychologist*, 36, 129-148.
- Conway, M.A., Meares, K., & Standart, S. (2004). Images and Goals, *Memory*, 12, 525-531.
- Conway, M.A. (2005). Memory and the Self, *Journal of Memory and Language*, 53 (4), 594-628.
- Courtois, C.A. (1988). *Healing the Incest Wound: Adult Survivors in Therapy*, New York: Norton.
- Dalgleish, T. (2004). Cognitive Approaches to Posttraumatic Stress Disorder (PTSD): The Evolution of Multi-representational Theorizing, *Psychological Bulletin*, 130, 228-260.
- 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., 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.
- Hampton, M.R., & Frombach, I. (2000). Women's Experience of Traumatic Stress in Cancer Treatment, *Health Care for Women International*, 21, 67-76.

- Harvey, A.G., Bryant, R.A., & Dang, S.T. (1998). Autobiographical Memory in Acute Stress Disorder, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 500-506.
- Henderson, D., Hargreaves, I., Gregory, S., & Williams, J.M.G. (2002). Autobiographical Memory and Emotion in a Non-clinical Sample of Women with and without a Reported History of Childhood Sexual Abuse, *British Journal of Clinical Psychology*, 41, 129-142.
- Hermans, D., Van den Broeck, K., Belis, G., Raes, F., Pieters, G., & Eelen, P. (2004). Trauma and Autobiographical Memory Specificity in Depressed Inpatients, *Behaviour Research & Therapy*, 42, 775-789.
- 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 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.
- Lloyd, G.G., & Lishman, W.A. (1975). Effects of Depression on the Speed of Recall of Pleasant and Unpleasant Experiences, *Psychological Medicine*, 5, 173-180.
- Matsuoka, Y. (2003). A Volumetric Study of Amygdala in Cancer Survivor with Intrusive Recollection, [Electronic Version], *Journal of Biological Psychiatry*, 54(7): 736-43.
- McNally, R.J., Lasko, N.B., Macklin, M.L., & Pitman, R.K. (1995). Autobiographical Memory Disturbance in Combat-related Posttraumatic Stress Disorder, *Behaviour Research & Therapy*, 33, 619-630.

- 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.
- Melchert, T.P., & Parker, R.L. (1997). Different forms of Childhood abuse and Memory, *Child Abuse and Neglect*, 21, 125-135.
- Moradi, A.R., Herlihy, J., Yasseri, G., Shahraray, M., Turner, S., & Dalglish, T. (2008). Specificity of Episodic and Semantic Aspects of Autobiographical Memory in Relation to Symptoms of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD), *Acta Psychologica* doi:10.1016/j.actpsy.2007.11.001.
- 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.
- Walker, W.R., Skowronski, J.J., Gibbons, J.A., Vogl, R.J., & Thompson, C.P. (2003). On the Emotions that accompany Autobiographical Memories: Dysphoria Disrupts the Fading Affect Bias, *Cognition and Emotion*, 17, 703-723.
- Weiss, D., & Marmar, C. (1997). The Impact of Event Scale Revised, In J. Wilson & T. Keane (Eds.), *Assessing Psychological Trauma and PTSD*, New York: Guildford.
- Williams, J.M.G., Barnhofer, T., Crane, C., Hermans, D., Raes, F., Watkins, E., & Dalglish, T. (2007). Autobiographical Memory Specificity and Emotional Disorder, *Psychological Bulletin*, 133, 122-148.
- Williams, J.M.G., & Broadbent, K. (1986). Autobiographical Memory in Suicide Attempters, *Journal of Abnormal Psychology*, 95, 144-149.