

# بررسی عملکرد حافظه سرگذشتی در بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس افسرده و غیرافسرده در مقایسه با افراد سالم

مریم شریفی<sup>۱</sup>، حمیدظاهر نشاط دوست<sup>۲</sup>، ماهگل توکلی<sup>۳</sup>، وحید شایگان نژاد<sup>۴</sup>

## مقاله پژوهشی

### چکیده

**زمینه و هدف:** اگرچه پژوهش‌های متعددی به بررسی وضعیت حافظه بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس (MS یا Multiple Sclerosis) پرداخته‌اند؛ اما حافظه سرگذشتی و نقش افسردگی در این پدیده در بیماران مبتلا به MS کمتر مورد توجه قرار گرفته است. بنابراین هدف از پژوهش حاضر بررسی عملکرد حافظه سرگذشتی بیماران مبتلا به MS افسرده و غیرافسرده و مقایسه این دو گروه با افراد سالم بود.

**مواد و روش‌ها:** در پژوهش علی-مقایسه‌ای حاضر، ۵۲ بیمار مبتلا به MS (۲۶ بیمار افسرده و ۲۶ بیمار غیرافسرده) مراجعه‌کننده به کلینیک MS بیمارستان آیت الله کاشانی اصفهان در سال ۱۳۹۱ و ۱۳۹۲ و نیز ۲۶ فرد سالم انتخاب شدند و به پرسش‌نامه افسردگی بک (BDI-II یا Beck Depression Inventory) و آزمون حافظه سرگذشتی (AMT یا Autobiographical Memory Test) پاسخ دادند. اطلاعات به دست آمده با استفاده از روش کوواریانس تجزیه و تحلیل شد.

**یافته‌ها:** نتایج، بیانگر تفاوت معنی‌دار ( $p < 0/01$ ) عملکرد حافظه سرگذشتی در سه گروه مورد مطالعه بود. به گونه‌ای که بیماران مبتلا به MS افسرده کمترین بازبازی خاطرات خاص، بیشترین بازبازی خاطرات عام و بیشترین تأخیر زمانی برای بازبازی خاطرات را داشتند و گروه سالم بیشترین بازبازی خاطرات خاص، کمترین بازبازی خاطرات عام و کمترین تأخیر زمانی را داشتند.

**نتیجه‌گیری:** عملکرد حافظه سرگذشتی بیماران مبتلا به MS نه تنها تحت تأثیر آسیب‌های نورولوژیک ناشی از بیماری قرار می‌گیرد، بلکه افسردگی همراه با بیماری نیز بر آن اثر می‌گذارد و شدت آسیب را افزایش می‌دهد. افسردگی هم‌چنین می‌تواند نوع خاطرات بازبازی شده توسط این بیماران را تحت تأثیر قرار دهد.

**واژه‌های کلیدی:** افسردگی، حافظه سرگذشتی، مالتیپل اسکلروزیس

**ارجاع:** شریفی مریم، نشاط دوست حمیدظاهر، توکلی ماهگل، شایگان نژاد وحید. بررسی عملکرد حافظه سرگذشتی در بیماران مبتلا به مالتیپل

اسکلروزیس افسرده و غیرافسرده در مقایسه با افراد سالم. مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۳؛ ۱۲(۴): ۵۴۷-۵۴۷

پذیرش مقاله: ۱۳۹۳/۱۰/۱۶

دریافت مقاله: ۱۳۹۲/۰۶/۱۰

۱. دانشجوی دکتری، گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

۲. استاد، گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

۳. استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران (نویسنده مسؤل)

Email: m.tavakoli@edu.ui.ac.ir

۴. دانشیار، گروه داخلی اعصاب، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

حافظه و کندی پردازش اطلاعات را نیز به همراه داشته باشد (۴-۵). در این میان، به دلیل اهمیت فراوان حافظه در زندگی افراد، اختلال حافظه، از مهم‌ترین مشکلات شناختی این

### مقدمه

هم‌چون اختلال در سازمان‌دهی بینایی، اختلال در پردازش ذهنی، مشکل در حل مسأله (۳)، اختلال در تمرکز (۱)، اختلال

خاطرات مربوط به رویدادهایی که بیش از یک روز طول کشیده‌اند، طبقه‌بندی نمود (۱۰).

بر اساس نتایج پژوهش‌های متعدد، افسردگی سبب کاهش بازیابی خاطرات خاص می‌شود و تعداد خاطرات عام بازیابی شده را افزایش می‌دهد. افسردگی هم‌چنین میزان تأخیر زمانی در بازیابی خاطرات خاص را افزایش می‌دهد (۹). علاوه بر این میزان پایین بازیابی خاطرات خاص می‌تواند افسردگی را پیش‌بینی کند (۱۱) و نیز مشکل در بازیابی خاطرات خاص حاکی از آسیب‌پذیری نسبت به افسردگی می‌باشد (۱۲).

افسردگی از شایع‌ترین اختلالات روان‌شناختی همراه در بیماری‌های مزمن از جمله MS می‌باشد و شیوع آن در این بیماری بین ۲۰ تا ۵۰ درصد گزارش شده است. این میزان شیوع نشان می‌دهد افسردگی در MS از سایر بیماری‌های نورولوژیکی مزمن شایع‌تر است (۱۳). بنابراین انتظار می‌رود که حافظه سرگذشتی این بیماران تحت تأثیر افسردگی قرار گرفته باشد. اما پژوهشی که تأثیر افسردگی بر نوع خاطرات بازیابی شده و میزان تأخیر زمانی در بازیابی خاطرات خاص را در این بیماران مورد بررسی قرار داده باشد به دست نیامد. اندک پژوهش‌هایی که در رابطه با حافظه سرگذشتی بیماران مبتلا به MS انجام شده است نیز تنها به بررسی اثر آسیب‌های نورولوژیکی بر میزان بازیابی خاطرات تمرکز کرده‌اند و کاهش معنی‌دار بازیابی خاطرات در بیماران مبتلا به MS نسبت به گروه کنترل را گزارش نموده‌اند (۱۵-۱۴، ۸).

این در حالی است که نتایج پژوهش‌هایی که بر روی عملکرد حافظه سرگذشتی سایر بیماری‌های جسمی مزمن هم‌چون دیابت (۱۶)، سرگیجه مزمن (۱۷) و وزوز گوش مزمن (۱۸) انجام شده‌اند نشان می‌دهد که حافظه سرگذشتی افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن نه تنها تحت تأثیر افسردگی همراه با بیماری قرار دارد بلکه تعداد خاطرات خاص بازیابی شده توسط این بیماران حتی پس از کنترل اثر افسردگی نیز کمتر از افراد سالم می‌باشد.

### مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر پس رویدادی از نوع علی-مقایسه‌ای می‌باشد. جامعه مورد مطالعه این پژوهش شامل بیماران مبتلا به MS

بیماران محسوب می‌شود که کاهش عملکردهای روزانه و تشدید ناتوانی این بیماران را به دنبال داشته است (۶). از این رو پژوهش‌های متعددی بر شناسایی دقیق مشکلات حافظه این بیماران متمرکز شده‌اند. این پژوهش‌ها بسیاری از جنبه‌های حافظه را در بیماران مبتلا به MS، مورد بررسی قرار داده‌اند. با این حال، حافظه سرگذشتی ( autobiographical memory) این بیماران علیرغم اهمیت فراوان آن کمتر مورد توجه قرار گرفته است.

براساس تعریف Nelson و Fivush، حافظه سرگذشتی، حافظه رویدادها و به طور کلی جنبه‌ای از حافظه است که به تجدید خاطرات، تجارب، موضوعات و رویدادهای شخصی گذشته فرد مربوط می‌شود. این بعد از حافظه به عملکرد و به احساس خود (sense of self) انسان، مرکزیت و انسجام بخشیده و باعث می‌شود تا شخص دنیا را جهت‌دار ببیند و در سایه تجارب کسب شده از مسایل پیشین، در آینده اهدافش را به طور مؤثرتری پیگیری کند (۷).

حافظه سرگذشتی علاوه بر این که تحت تأثیر آسیب‌های نورولوژیکی قرار می‌گیرد (۸)؛ می‌تواند به میزان زیادی تحت تأثیر اختلالات روان‌شناختی، مخصوصاً افسردگی نیز قرار بگیرد. به گونه‌ای که پژوهش‌ها نشان می‌دهد آسیب‌های نورولوژیکی هم‌چون آسیب‌های ایجاد شده در سیستم عصبی بیماران مبتلا به MS می‌تواند باعث ناتوانی در بازیابی خاطرات و به عبارتی سبب کاهش تعداد خاطرات بازیابی شده گردد (۸). این در حالی است که افسردگی، نوع و محتوای خاطرات بازیابی شده و تأخیر زمانی در بازیابی خاطرات را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد (۹).

زمانی که افراد در پاسخ به یک محرک واژه (cue-word)، خاطرات خود را به یاد می‌آورند، خاطرات بازیابی شده توسط آن‌ها را می‌توان در سه گروه خاطرات خاص یا specific memories (خاطراتی که به یک رویداد مشخص و دارای زمان و مکان خاص اشاره دارند)، خاطرات عام یا overgener memories (خاطرات مربوط به رویدادهایی که تکرار شده‌اند) و خاطرات طولانی یا extended memories) (۹)

**ویرایش دوم پرسش‌نامه افسردگی بک:** ویرایش دوم پرسش‌نامه‌ی افسردگی بک، شکل بازنگری شده پرسش‌نامه افسردگی بک است که در سال ۱۹۷۴ برای سنجش شدت افسردگی تدوین شده است.

این پرسش‌نامه، همانند ویرایش نخست، از ۲۱ ماده تشکیل شده که آزمودنی برای هر ماده یکی از چهارگزینه‌ای را که شدت علامت افسردگی او را نشان می‌دهد، برمی‌گزیند. هر ماده نمره‌ای بین صفر تا سه را به خود اختصاص می‌دهد و بدین ترتیب نمره کل پرسش‌نامه، دامنه‌ای از صفر تا ۶۳ دارد. این پرسش‌نامه به فارسی ترجمه شده و اعتبار و پایایی آن بررسی شده است. ثبات درونی آزمون برای دانشجویان ایرانی ۰/۸۷ و پایایی بازآزمایی آن ۰/۷۴ به دست آمده است (۱۹).

**آزمون بازیابی خاطرات سرگذشتی:** این آزمون که در سال ۱۹۸۶ توسط williams و broadbent ساخته شده است، دارای ۱۸ محرک واژه با بار هیجانی مثبت، منفی و خنثی می‌باشد. در این آزمون، ابتدا دستورالعمل به آزمودنی ارائه می‌شود. این دستورالعمل به آزمودنی آموزش می‌دهد که پس از دیدن هر لغت و خواندن آن، نخستین رویدادی را که به ذهنش می‌رسد بیان کند. همچنین به او گفته می‌شود که این رویداد می‌تواند مهم یا معمولی باشد، مربوط به زمان‌های گذشته یا اخیر باشد اما باید یک رویداد خاص باشد. رویداد خاص رویدادی است که در یک زمان و مکان خاص روی داده و طول زمان رویداد موردنظر نمی‌بایست بیشتر از یک روز باشد. سپس با کمک سه کوشش تمرینی اطمینان حاصل می‌شود که آزمودنی شیوه اجرا را یاد گرفته است. پس از آن ۱۸ لغت اصلی به صورت در هم به آزمودنی ارائه می‌شود و او برای بازیابی هر خاطره ۳۰ ثانیه فرصت دارد، چنانچه اولین خاطره خاص نباشد، آزمودنی تشویق می‌شود تا یک خاطره خاص به یاد آورد. تأخیر زمانی (timelateness) آزمودنی در هنگام پاسخگویی ثبت می‌گردد و هر یک از پاسخ‌ها، به عنوان پاسخ خاص، عام، طولانی، بدون یادآوری کد گذاری می‌شود. لازم به ذکر است فقط داده‌های مربوط به خاطرات خاص و عام وارد تحلیل و در اینجا ذکر شده‌اند.

که از اسفند ماه سال ۱۳۹۱ تا خرداد ماه سال ۱۳۹۲ به کلینیک MS بیمارستان آیت الله کاشانی اصفهان مراجعه نمودند، بود. به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی ابتدا از حدود ۱۵۰ بیمار درخواست همکاری شد و روند و هدف اجرای پژوهش برای آن‌ها توضیح داده شد. سپس از بین بیمارانی که برای همکاری با پژوهشگر اعلام آمادگی نمودند و پرسش‌نامه افسردگی بک را تکمیل نمودند و ملاک‌های ورود شامل دریافت تشخیص قطعی MS توسط متخصص مغز و اعصاب، داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن و سن بین ۲۰ تا ۶۰ سال را داشتند و نیز فاقد سابقه بیماری روانی به جز افسردگی، فاقد مشکل بینایی و شنوایی بودند، ۲۶ بیمار مبتلا به MS افسرده و ۲۶ بیمار مبتلا به MS غیرافسرده و نیز فاقد سابقه افسردگی که از نظر طول دوره بیماری، جنس و سن با گروه اول همتا شدند، به روش در دسترس به عنوان نمونه انتخاب شدند و با ۲۶ فرد بدون سابقه MS و افسردگی مورد مقایسه قرار گرفتند. گروه اخیر از همراهان بیماران که حاضر به همکاری شدند و نیز سایر افراد غیر بیمار که از لحاظ جنس و سن مشابه بیماران بودند به روش در دسترس انتخاب شدند.

قبل از اجرای بخش اصلی پژوهش، ابتدا پرسش‌نامه‌های مربوط به جمع‌آوری لغات مثبت، منفی و خنثی آزمون بازیابی حافظه سرگذشتی توسط ۴۰ آزمودنی تکمیل گردید و پس از جمع‌آوری لغات، ۶ لغت مثبت، ۶ لغت منفی و ۶ لغت خنثی که بیشترین تکرار را داشتند، انتخاب و بر روی کارت‌هایی با اندازه A4 چاپ شدند و در آزمون بازیابی خاطرات سرگذشتی مورد استفاده قرار گرفتند.

ابزارهای استفاده شده در این پژوهش شامل موارد زیر می‌باشد:

**پرسش‌نامه مشخصات جمعیت‌شناختی:** این پرسش‌نامه محقق ساخته به جمع‌آوری اطلاعات جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها از قبیل سن، جنس، میزان تحصیلات، شغل، وضعیت تأهل، سابقه بیماری جسمی و روانی و طول دوره بیماری می‌پردازد.

پس از کنترل اثر میزان تحصیلات، بین میانگین تعداد خاطرات خاص بازیابی شده توسط سه گروه مورد مطالعه تفاوت معنی‌داری ( $p < 0.01$ ) وجود دارد.

به گونه‌ای که گروه بیماران مبتلا به MS افسرده کمترین میزان بازیابی خاطرات خاص و گروه افراد سالم بیشترین میزان بازیابی را دارند. پس از تفکیک لغات مثبت، خنثی و منفی نیز نتایج نشان داد، در بازیابی خاطرات خاص در پاسخ به لغات منفی و خنثی بین سه گروه تفاوت معنی‌دار وجود دارد و گروه افراد سالم بیشترین بازیابی و گروه بیماران مبتلا به MS افسرده کمترین بازیابی را دارند. اما در مورد لغات مثبت گروه MS افسرده به طور معنی‌داری کمتر از دو گروه دیگر خاطرات را بازیابی کردند در حالی که بین میزان بازیابی دو گروه MS غیر افسرده و افراد سالم تفاوت معنی‌داری به دست نیامد.

نتایج تحلیل کوواریانس تعداد خاطرات عام بازیابی شده در جدول ۳ نیز نشان می‌دهد که بین سه گروه تفاوت معنی‌دار ( $p < 0.01$ ) وجود دارد. گروه MS افسرده بیشترین تعداد بازیابی خاطرات عام و گروه سالم کمترین تعداد بازیابی را دارند. این در حالی است که بازیابی خاطرات عام در پاسخ به لغات مثبت بین گروه‌ها معنی‌دار نیست. در پاسخ به لغات منفی تنها بین گروه MS افسرده با دو گروه دیگر تفاوت معنی‌دار وجود دارد و در این گروه نسبت به دو گروه دیگر بیشتر است. در پاسخ به لغات خنثی نیز بین گروه کنترل با دو گروه دیگر تفاوت معنی‌دار وجود دارد و گروه کنترل نسبت به دو گروه دیگر تعداد بازیابی خاطرات عام کمتری دارند.

میزان تأخیر زمانی در بازیابی خاطرات خاص نیز که در جدول ۴ نشان داده شده، بین سه گروه به طور معنی‌داری ( $p < 0.01$ ) متفاوت است. این تأخیر زمانی در گروه MS افسرده بیشترین میزان و در گروه سالم کمترین میزان را دارد. در مورد تأخیر زمانی در پاسخ به لغات منفی و خنثی نیز نتایج به همین صورت تکرار شده است و گروه MS افسرده بیشترین و گروه سالم کمترین میزان تأخیر زمانی را دارد. در حالی که تأخیر زمانی در پاسخ به لغات مثبت، تنها بین گروه افسرده با دو گروه دیگر معنی‌دار است و دو گروه MS غیر افسرده و افراد سالم با یکدیگر تفاوت معنی‌داری ندارند.

بررسی شاخص‌های روان‌سنجی این آزمون توسط کویانی و همکاران، نشانگر روایی آزمون برای بررسی حافظه سرگذشتی می‌باشد. آن‌ها همچنین با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ، ثبات درونی این آزمون را  $0.86$  گزارش نموده‌اند (۲۰).

در این پژوهش برای جلوگیری از سوگیری ارزیاب، پاسخ‌های آزمودنی‌ها ضبط شد و توسط ارزیاب دوم، بدون آگاهی از وضعیت آزمودنی‌ها، به طور جداگانه نمره‌گذاری گردید. همبستگی بین نمره‌گذاری دو ارزیاب بین  $0.76$  تا  $0.95$  متغیر بود. در نهایت، تجزیه و تحلیل داده‌ها از طریق شاخص‌های آمار توصیفی و روش تحلیل کوواریانس چند متغیره با به کارگیری نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ انجام گرفت.

### یافته‌ها

با توجه به تأثیرپذیری حافظه از متغیرهای جمعیت‌شناختی سن، میزان تحصیلات و طول دوره بیماری، معنی‌داری تفاوت این سه متغیر بین گروه‌ها با استفاده از تحلیل واریانس مورد بررسی قرار گرفت.

میانگین سن آزمودنی‌ها در سه گروه MS افسرده، MS غیر افسرده و افراد سالم به ترتیب،  $34/96$ ،  $33/69$  و  $31/38$  سال، میانگین میزان تحصیلات (بر حسب سال، برای مثال دیپلم معادل ۱۲ سال در نظر گرفته شد) نیز به ترتیب  $11/15$ ،  $13/69$  و  $13/34$  سال و میانگین طول دوره بیماری گروه MS افسرده و MS غیر افسرده  $6/69$  و  $6/00$  سال بود. نتایج تحلیل واریانس نیز نشان داد که تنها در متغیر میزان تحصیلات بین سه گروه تفاوت معنی‌دار ( $p < 0.01$ ) وجود دارد. به همین دلیل در تحلیل‌های بعدی اثر این متغیر با استفاده از تحلیل کوواریانس کنترل گردید.

شاخص‌های توصیفی متغیرهای خاطرات خاص، خاطرات عام و تأخیر زمانی به طور کلی و نیز به تفکیک لغات مثبت، لغات منفی و لغات خنثی برای هر یک از گروه‌های شرکت‌کننده در پژوهش، در جدول ۱ گزارش شده است.

در جدول ۲ نتایج تحلیل کوواریانس متغیرهای عملکرد حافظه سرگذشتی نشان داده شده است. همان‌گونه که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، نتایج تحلیل کوواریانس نشان می‌دهد که

جدول ۱. آماره‌های توصیفی عملکرد حافظه سرگذشتی در سه گروه مورد مطالعه

متغیرهای آزمون بازیابی خاطرات سرگذشتی	م.ا.س. افسرده		م.ا.س. غیرافسرده		سالم
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
کل	۱۰/۷۶	۰/۴۸	۱۳/۱۰	۰/۴۶	۰/۴۶
خاطرات واژه‌های مثبت	۴/۰۹	۰/۲۴	۴/۸۶	۰/۲۴	۰/۲۳
خاص واژه‌های خنثی	۳/۳۰	۰/۲۵	۴/۱۴	۰/۲۵	۰/۲۵
واژه‌های منفی	۳/۳۶	۰/۱۹	۴/۰۹	۰/۱۸	۰/۱۸
کل	۴/۳۹	۰/۴۰	۲/۷۵	۰/۳۹	۰/۳۹
خاطرات واژه‌های مثبت	۰/۹۳	۰/۱۸	۰/۵۸	۰/۱۷	۰/۱۷
عام واژه‌های خنثی	۱/۶۵	۰/۲۰	۱/۱۸	۰/۱۹	۰/۱۹
واژه‌های منفی	۱/۸۵	۰/۱۹	۰/۹۸	۰/۱۸	۰/۱۸
کل	۳۳۱/۱۶	۱۴/۸۰	۲۵۳/۵۰	۱۴/۴۱	۱۴/۲۷
تاخیر واژه‌های مثبت	۹۷/۰۱	۶/۶۹	۷۲/۰۵	۶/۵۱	۶/۴۵
زمانی واژه‌های خنثی	۱۲۰/۶۰	۶/۵۹	۹۰/۲۲	۶/۴۱	۶/۳۵
واژه‌های منفی	۱۱۴/۰۰	۵/۳۰	۹۱/۲۷	۵/۱۶	۵/۱۱

جدول ۲. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره برای میزان یادآوری خاطرات خاص مثبت،  
خنثی و منفی در سه گروه مورد مطالعه با کنترل اثر تحصیلات

مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	F	سطح معنی داری	میزان تأثیر	توان آماری
کل	۱	۲۰/۴۲	۳/۷۲	۰/۵۷	۰/۰۴	۰/۴۸
سطح مثبت	۱	۲/۷۱	۱/۸۵	۰/۱۷	۰/۰۲	۰/۲۶
تحصیلات خنثی	۱	۱/۵۴	۰/۹۶	۰/۳۲	۰/۰۱	۰/۱۶
منفی	۱	۲/۶۵	۲/۹۸	۰/۰۸	۰/۰۳	۰/۴۰
کل	۲	۲۵۶/۹۰	۱۲۸/۴۵	۰/۰۰۱	۰/۳۸	۱/۰۰
عضویت مثبت	۲	۱۵/۶۹	۷/۸۴	۰/۰۰۷	۰/۱۲	۰/۸۲
گروهی خنثی	۲	۴۰/۰۷	۲۰/۰۳	۰/۰۰۱	۰/۳۴	۰/۹۹
منفی	۲	۳۴/۱۳	۱۷/۰۶	۰/۰۰۱	۰/۲۵	۱/۰۰

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره برای میزان یادآوری خاطرات عام مثبت خشتی و منفی در سه گروه مورد مطالعه با کنترل اثر تحصیلات

توان آماری	میزان تأثیر	سطح معنی داری	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات		
۰/۶۹	۰/۰۷	۰/۰۱۰	۶/۲۴	۲۴/۳۳	۱	۲۴/۳۳	کل	
۰/۲۴	۰/۰۲	۰/۲۰۰	۱/۶۷	۱/۳۳	۱	۱/۳۳	مثبت	میزان
۰/۵۰	۰/۰۵	۰/۰۵۱	۳/۹۵	۳/۹۳	۱	۳/۹۳	خشتی	تحصیلات
۰/۰۴	۰/۰۴	۰/۰۵۷	۳/۷۴	۳/۲۲	۱	۳/۲۲	منفی	
۰/۹۹	۰/۲۹	۰/۰۰۱	۱۵/۴۳	۶۰/۱۶	۲	۱۲۰/۳۳	کل	
۰/۴۶	۰/۰۶	۰/۱۰۰	۲/۴۶	۱/۸۸	۲	۳/۷۶	مثبت	
۰/۹۶	۰/۱۹	۰/۰۰۱	۸/۷۰	۸/۶۶	۲	۱۷/۳۲	خشتی	عضویت گروهی
۰/۹۹	۰/۲۷	۰/۰۰۱	۱۴/۲۳	۱۲/۲۶	۲	۲۴/۵۲	منفی	

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره تأخیر زمانی یادآوری خاطرات خاص مثبت، منفی و خشتی در سه گروه مورد مطالعه با کنترل اثر تحصیلات

توان آماری	میزان تأثیر	سطح معنی داری	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات		
۰/۵۱	۰/۰۵	۰/۰۴۶	۴/۱۱	۲۱۴۹۴/۱۶	۱	۲۱۴۹۴/۱۶	کل	
۰/۳۱	۰/۰۲	۰/۱۴۱	۲/۲۰	۲۳۵۷/۱۷	۱	۲۳۵۷/۱۷	مثبت	میزان
۰/۲۴	۰/۰۲	۰/۲۰۲	۱/۶۵	۱۷۱۳/۵۷	۱	۱۷۱۳/۵۷	خشتی	تحصیلات
۰/۵۷	۰/۰۶	۰/۰۳۲	۴/۷۸	۳۲۱۰/۶۶	۱	۳۲۱۰/۶۶	منفی	
۱/۰۰	۰/۳۶	۰/۰۰۱	۲۱/۵۶	۱۱۲۷۰۸/۲۵	۲	۲۲۵۴۱۶/۵۰	کل	
۰/۹۴	۰/۱۷	۰/۰۰۱	۷/۹۹	۸۵۲۵/۶۲	۲	۱۷۰۵۱/۲۴	مثبت	عضویت
۱/۰۰	۰/۳۱	۰/۰۰۱	۱۷/۱۳	۱۷۷۴۱/۸۹	۲	۳۵۴۸۳/۷۸	خشتی	گروهی
۱/۰۰	۰/۳۳	۰/۰۰۱	۱۸/۳۹	۱۲۳۵۸/۱۴	۲	۲۴۷۱۶/۲۹	منفی	

## بحث و نتیجه گیری

یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد که تعداد خاطرات خاص بازیابی شده توسط بیماران مبتلا به MS افسرده به طور معنی‌داری از تعداد خاطرات خاص بازیابی شده توسط دو گروه MS غیرافسرده و افراد سالم کمتر بوده است. این گروه هم‌چنین نسبت به دو گروه دیگر، تعداد خاطرات عام و میزان تأخیر زمانی بیشتری داشته است. اگر چه پژوهشی که دقیقاً هم‌چون پژوهش حاضر، حافظه سرگذشتی بیماران مبتلا به MS افسرده را با بیماران مبتلا به MS غیر افسرده مورد مقایسه قرار داده باشد به دست نیامد؛ اما با توجه به این‌که در این پژوهش سعی شد اثر سایر متغیرهای تأثیرگذار بر حافظه سرگذشتی هم‌چون طول بیماری، سن، میزان تحصیلات و جنسیت کنترل شود و تفاوت عمده این دو گروه تنها در متغیر "افسردگی" بود، می‌توان گفت تفاوت معنی‌دار عملکرد حافظه سرگذشتی این دو گروه، قابل مقایسه و همسو با نتایج پژوهش‌های متعددی (۲۰۹-۲۴) هم‌چون پژوهش‌های Watkins و همکاران و Dalglish و همکاران می‌باشد که عملکرد حافظه سرگذشتی افراد افسرده را با افراد غیرافسرده مقایسه نموده‌اند و یافته‌های آن‌ها نیز حاکی از کاهش خاطرات خاص و افزایش خاطرات عام در افراد افسرده نسبت به افراد غیرافسرده و نیز افزایش تأخیر زمانی در افراد افسرده بوده است (۲۱،۲۳). در پژوهش حاضر نیز افسردگی همین اثر را داشته است، چرا که فقدان خاطرات خاص یا افزایش خاطرات عام، مختص افسردگی خالص نیست و در همبودی افسردگی با سایر اختلالات نیز دیده می‌شود (۲۵). در جهت تبیین این تغییرات در عملکرد حافظه سرگذشتی بر اثر افسردگی، فرضیه‌های متعددی مطرح شده است. williams در مقاله مروری خود بر روی پژوهش‌های مرتبط با این موضوع، که از سال ۱۹۸۶ تا ۲۰۰۵ انجام شده‌اند، سه فرضیه مهم در این رابطه را فرضیه‌های مکانیزم اجتناب کارکردی (functional avoidance)، نشخوار ذهنی (rumination) و نقص در منابع اجرایی (executive resource) معرفی کرده است (۹).

فرضیه اجتناب کارکردی بیان می‌کند که افراد برای بازیابی خاطرات خاص گذشته خود، جستجو را از سطوح بالای حافظه که محل ذخیره خاطرات کلی است آغاز می‌کنند و در نهایت به سطوح پایین‌تر حافظه که خاطرات خاص در دسترس هستند دست می‌یابند. اما افراد افسرده و نیز افرادی که استرس‌های شدیدی را تجربه کرده‌اند، به منظور اجتناب از بازیابی هیجان‌ات رنج‌آور مرتبط با تجربیات منفی، در سطح خاطرات کلی می‌مانند. دور ماندن از تجربه مجدد هیجان‌ات رنج‌آور، این رفتار را تقویت می‌کند و آن‌ها می‌آموزند پیش از بازیابی خاطرات خاص منفی، بازیابی را متوقف کنند. این عمل در بلند مدت به سایر خاطرات، حتی خاطرات مثبت نیز تعمیم می‌یابد و یک سبک بازیابی عام را در بازیابی خاطرات سرگذشتی ایجاد می‌کند (۲۵، ۲۰).

مکانیسم دیگری که از نظر پژوهشگران در عام شدن خاطرات بازیابی شده توسط افراد افسرده دخالت دارد نشخوار ذهنی می‌باشد. نشخوار ذهنی به تفکر تکراری و منفعلانه در مورد افسردگی و دلایل و پیامدهای احتمالی نشانه‌های آن گفته می‌شود و نتایج پژوهش‌های متعددی حاکی از وجود ارتباط بین نشخوار ذهنی و تعداد خاطرات عام بازیابی شده توسط افراد می‌باشد (۲۱، ۹).

بعضی پژوهشگران نیز معتقد هستند نقص در عملکردهای اجرایی سبب افزایش تعداد خاطرات عام و کاهش تعداد خاطرات خاص بازیابی شده توسط افراد افسرده شده است. چرا که از طرفی نتایج پژوهش‌ها حاکی از وجود ارتباط بین تعداد خاطرات خاص بازیابی شده، چه در پاسخ به لغات منفی و چه در پاسخ به لغات مثبت، با مقیاس‌های مختلف عصب روان‌شناختی مرتبط با عملکردهای اجرایی بوده‌اند و از طرف دیگر وجود آسیب در عملکردهای اجرایی افراد افسرده در پژوهش‌های متعدد تأیید شده است (۲۶، ۲۰).

عملکردهای اجرایی فعالیت‌هایی شناختی هستند که می‌توانند سایر عملکردهای شناختی را کنترل و یکپارچه کنند. از این رو نقص در این عملکردها می‌تواند به دلایل مختلف از جمله آسیب در بارداری (inhibition)، نقص در عملکرد حافظه

عملکرد حافظه سرگذشتی بیماران و گروه کنترل در پژوهش poul می‌تواند به گروه نمونه او مربوط باشد چرا که گروه نمونه او را افرادی تشکیل می‌دادند که بیماری MS آن‌ها خفیف بود و مدت زمانی زیادی نیز از ابتلای آن‌ها به این بیماری نمی‌گذشت (۱۵).

در تبیین این آسیب‌ها در بازیابی خاطرات سرگذشتی می‌توان به عواملی همچون آسیب‌های نورولوژیک، نقص در کارکردهای اجرایی و سرعت پایین پردازش در بیماران مبتلا به MS (۴-۵) که مخصوصاً در افزایش تأخیر زمانی در بازیابی خاطرات تأثیرگذار است اشاره کرد. همچنین عوامل روان‌شناختی مانند استرس شدیدی باشد که این بیماران پس از ابتلا به این بیماری متحمل می‌شوند بر اساس آنچه در فرضیه اجتناب کارکردی گفته شد می‌تواند بر عملکرد حافظه سرگذشتی آن‌ها اثر بگذارد.

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به انتخاب نمونه تنها از یک مرکز درمانی اشاره نمود و نیز انتخاب افراد بین ۲۰ تا ۶۰ سال اشاره نمود که تعمیم نتایج به بیماران خارج از این دامنه سنی را با محدودیت روبرو می‌کند و در نهایت با در نظر گرفتن یافته‌های حاکی از آسیب عملکرد حافظه سرگذشتی در بیماران مبتلا به بیماری‌های جسمی مزمن و با توجه به محدود بودن تعداد پژوهش‌هایی که وضعیت حافظه سرگذشتی را در این بیماران و مخصوصاً در بیماران نورولوژیک مورد بررسی قرار داده‌اند، پیشنهاد می‌شود که پژوهش‌هایی به منظور بررسی وضعیت حافظه سرگذشتی در این بیماران با کنترل اثر افسردگی انجام شود.

### تشکر و قدردانی

از کلیه پرسنل محترم کلینیک MS بیمارستان آیت الله کاشانی اصفهان که ما را در اجرای این پژوهش یاری نمودند و نیز از بیماران مبتلا به MS شرکت‌کننده در پژوهش صمیمانه تشکر و قدردانی می‌نماییم. این مقاله حاصل پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته روان‌شناسی بالینی دانشگاه اصفهان می‌باشد.

فعال (active memory) و یا مشکل در متمرکز شدن بر روی هدف، سبب عدم بازیابی خاطرات خاص شود. همچنین کاهش منابع شناختی در افسردگی می‌تواند راهبردهایی را که برای بازیابی خاطرات از حافظه سرگذشتی مورد نیاز است محدود کند و نیز بازیابی اطلاعات را کندتر نماید و به همین دلیل است که افراد افسرده برای بازیابی خاطرات خاص به زمان بیشتری نیاز دارند (۲۶، ۲۴، ۲۰).

نتیجه دیگری که در پژوهش حاضر به دست آمد، وجود تفاوت معنی‌دار بین عملکرد حافظه سرگذشتی گروه MS غیر افسرده با گروه سالم بود. با این‌که گروه MS غیر افسرده از لحاظ خلق و متغیرهای جمعیت‌شناختی با گروه سالم تفاوتی نداشتند اما تعداد خاطرات خاص بازیابی شده توسط این گروه به طور معنی‌داری کمتر از گروه سالم و تعداد خاطرات عام بازیابی شده و نیز میزان تأخیر زمانی در این گروه بیشتر از گروه افراد سالم بود.

این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های Kenealy و همکاران و Loukopoulou و همکاران که بدون در نظر گرفتن اثر افسردگی به مقایسه عملکرد حافظه سرگذشتی بیماران مبتلا به MS و گروه سالم پرداخته‌اند همسو است. نتایج پژوهش آن‌ها نیز حاکی از آسیب در عملکرد حافظه سرگذشتی بیماران مبتلا به MS بوده است (۱۵-۱۴، ۸). اگر چه در این پژوهش‌ها تنها میزان بازیابی مورد توجه قرار گرفته است و بر روی نوع خاطرات بازیابی شده تمرکز نشده است اما سوالات ابزار استفاده شده در آن‌ها خاطراتی را مورد ارزیابی قرار می‌دهد که در پژوهش حاضر به عنوان خاطرات خاص طبقه‌بندی شده‌اند. یافته‌های آن پژوهش‌ها حاکی از کاهش بازیابی خاطرات بوده است بنابراین با نتایج پژوهش حاضر که نشان‌دهنده کاهش بازیابی خاطرات خاص در بیماران بوده است، همراستا می‌باشد.

اما یافته‌های پژوهش poul و همکاران عدم تفاوت معنی‌دار بین عملکرد بخش رویدادی حافظه سرگذشتی بیماران مبتلا به MS و گروه کنترل را نشان داده است (۲۷) که این یافته با نتایج پژوهش حاضر ناهمسو می‌باشد. علت عدم تفاوت



## References

- Harrison TR. Harrison's principles of internal medicine. Tehran: Andishe Rafie; 2008.
- Ekhtiari H, Jangook P, Jannati A, Sahraeian A, Makri A, Lotfi J. Neuropsychological assessment of indicators of prefrontal function in patients with multiple sclerosis versus control group. *Journal of advances in cognitive science* 2007; 9(2): 12° 25. [In Persian].
- Jonsson A, Andresen J, Storr L, Tscherning T, Sorensen PS, Ravnborg M. Cognitive impairment in newly diagnosed multiple sclerosis patients: A4 -year followup study. *Journal of the Neurological sciences* 2006; 245: 77-85.
- Wallin MT, Wilken JA, Kane R. Cognitive dysfunction in multiple sclerosis: Assessment, imaging, and risk factors. *Journal of Rehabilitation research and development* 2006; 43(1):63-72.
- Patti F, Leone C, Amico E. Treatment options of cognitive impairment in multiple sclerosis. *Journal of the Neurological Sciences* 2010; 31(2):265-9.
- Vaezi M. The effect of memory strategies training on memory improvement of patients with multiple sclerosis. [MA thesis]. Isfahan, Iran: Psychology and educational science, university of Isfahan; 2008.
- Molaei M, Moradi A, Gharaei B, Afzali MH. Investigation of autobiographical memory and neuropsychological indicators in obsessive compulsive and general anxiety disorders. *Journal of advances in cognitive science* 2008; 10(3): 1° 12. [In Persian].
- Kenealy PM, Beaumont JG, LinternTC, Murrell RC. Autobiographical memory in advanced multiple sclerosis: Assessment of episodic and personal semantic memory across three time spans. *Journal of the International Neuropsychological Society* 2002; 8(6): 855° 60.
- Williams JM, BarnhoferT, Hermans D, Raes F, Watkins E, Dalgleish T. Autobiographical Memory Specificity and Emotional Disorder. *Psychological Bulletin* 2007; 133(1): 122° 48.
- Ranjbarkohan Z, Neshatdoost HT, Molavi H, Maeroofi M. A comparison of autobiographical memory specificity changes following cognitive behavioral therapy and memory specificity training (MEST) in patients with major depression. *Journal of Contemporary Research in Business* 2012; 4(3):450-5.
- Raes F, Hermans D, Williams JM, Beyers W, Bruntfaut E, Elen P. Reduced Autobiographical Memory Specificity and Rumination in Predicting the Course of Depression. *Journal of abnormal psychology* 2006; 115(4):699-704.
- Raes F, Williams JM, Hermans D. Reducing cognitive vulnerability to depression: a preliminary investigation of Memory Specificity Training (MEST) in inpatients with depressive symptomatology. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2009; 40(1):24-38.
- GiordanoA, GranellaF, Lugaresi A, MartinelliV, TrojanoM, Confalonieri P, et al. Anxiety and depression in multiple sclerosis patients around diagnosis. *Journal of the Neurological Sciences* 2011; 307(1-2): 86° 91.
- Loukopoulou E, Kimiskidis V, Pita R, Kapina V, Papagiannopoulos S, Kazis D, Kazis A. Autobiographical memory in multiple sclerosis. *Annals of General Psychiatry* 2006; 5(1):S191.
- Kenealy P.M, Beaumont J.G, LinternT, Murrell R. Autobiographical Memory, Depression and Quality of Life in Multiple Sclerosis. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology* 2000; 22(1): 125-31.
- Leung P, Bryant R. Autobiographical memory in diabetes mellitus patients. *Journal of psychosomatic research* 2000; 49:435-8.
- Andersson G, Fredrikson M, Jansson M, Ingerholt C, Larsen HC. Cognitive bias in dizziness: emotional stroop and autobiographical memories. *Journal of cognitive behavioral therapy* 2004; 33(4):208-20.
- Andersson G, Ingerholt C, Jansson M. Autobiographical memory in patients with tinnitus. *Journal of psychology and health* 2003; 18(5):667-75.
- Ghassemzadeh H, Mojtabaei R, Karamghadiri N, Ebrahimkhani H. Psychometric properties of a Persian-language version of the Beck Depression Inventory--Second edition: BDI-II-PERSIAN. *Depression and Anxiety* 2005; 21(4):185-92.
- Hashemi T, Mahmoodaliloo M, Birami M, Esmaeli M, Arji A. Investigation of overgeneral Autobiographical memory and memories retrievals' time latency in patients with depression and anxiety disorders. *Tabriz university Journal of psychology* 2008; 3(4):98-113.[In Persian].
- Watkins E, Teasdale J. Rumination and overgeneral memory in depression: Effects of self-focus and analytic thinking. *Journal of abnormal psychology* 2001; 110(2):353-7.

22. Nandrino GL, Pezard L, Poste A, Reveillere C, Beaune D. Autobiographical memory in major depression: a comparison between first episode and recurrent patients. *Journal of psychopathology* 2002; 35:335-40.
23. Dalgleish T, Williams JM, Golden AM, Perkins N, Barrett LF, Barnard PJ, et al. Reduced specificity of autobiographical memory and depression: the role of executive control. *Journal of experimental psychology* 2007; 136(1):23-42.
24. Kuyken W, Howell R, Dalgleish T. Overgeneral autobiographical memory in depressed adolescents with versus without a reported history of trauma. *Journal of abnormal psychology* 2006; 115(3):387-96.
25. Moradi A, Bigham E, Ramezani V, Yaryari F. Autobiographical memory in non-depressed and depressed adolescent boys, with versus without substance abuse disorder. *Journal of Research in psychological health* 2009; 3(3):15-24. [In Persian].
26. Spinhoven P, Bocheting CL, Schene AH, Koeter MW, Wekking EM, Williams JM, et al. Autobiographical Memory in the Euthymic Phase of Recurrent Depression. *Journal of abnormal psychology* 2006; 115(3):590-600.
27. Paul R.H, Blanco CR, HamesK.A,Beatty W.W.Autobiographical memory in multiple sclerosis. *Journal of the International Neuropsychological Society*1997; 3: 246° 51.



## Investigation of Autobiographical Memory Performance in Depressed and Non-depressed Patients with Multiple Sclerosis versus healthy controls

Maryam Sharifi <sup>1</sup>, Hamid Taher Neshat Doost <sup>2</sup>, Mahgol Tavakoli <sup>3</sup>,  
Vahid Shaygan Nejad <sup>4</sup>

### Original Article

#### Abstract

**Aim and Background:** Although several research investigated memory status of patients with Multiple Sclerosis (MS), but the autobiographical memory and the role of depression on it have been neglected. Therefore the purpose of this study was to investigate autobiographical memory performance in depressed and non-depressed patients with MS and to compare them with healthy control.

**Methods and Materials:** In this Causal-Comparative research 52 patients with MS (26 depressed and 26 non-depressed patients) from Kashani hospital in Isfahan in 2012 & 2013 and 26 healthy controls were selected and were assessed through the Beck Depression Inventory (BDI-II) and Autobiographical Memory Test (AMT). The data was analysed with the use of covariance

**Findings:** The results indicated significant ( $p < 0.01$ ) differences in autobiographical memory performance between three investigated groups. Based on the results, depressed patients with MS has less specific memories retrieval, most over-general memories retrieval and most time latency for memories retrieval and healthy control has most specific memories retrieval, less over-general memories retrieval and less time latency for memories retrieval

**Conclusions:** The autobiographical memory performance in patients with MS not only is affected by neurologic injuries but also it is affected by depression. Depression can intensify autobiographical memory dysfunctions and can alter type of memories.

**Keywords:** Autobiographical Memory, Depression, Multiple Sclerosis.

**Citation:** Sharifi M, Neshat Doost H T, Tavakoli M, Shaygan Nejad V. **Investigation of Autobiographical Memory Performance in Depressed and Non-depressed Patients with Multiple Sclerosis versus healthy controls.** J Res Behave Sci 2014; 12(4): 547-557

Received: 01.09.2013

Accepted: 06.01.2015

1. Candidate of PhD, Department of Psychology, School of Psychology and Educational Science, University of Isfahan, Isfahan, Iran
2. Professor, Department of Psychology, School of Psychology and Educational Science, University of Isfahan, Isfahan, Iran
3. Assistant Professor, Department of Psychology, School of Psychology and Educational Science, University of Isfahan, Isfahan, Iran (corresponding author) Email: m.tavakoli@edu.ac.ui.ir
4. Associate Professor, Department of Neurology, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran