

## مقایسه‌ی عملکرد افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه و افراد بهنجار در حافظه‌ی

## شرح حال معنایی

## The Comparison of Autobiographical Memory in PTSD &amp; Normal Adults

تاریخ پذیرش: ۸۸/۱۲/۱۸

تاریخ دریافت: ۸۸/۸/۲

Abdi, A.\*M. A., Moradi, A. R. Ph. D.,  
Akramian, F. M. A.

احمد عبدی\*، علیرضا مرادی\*\*،

فهمیه اکرمیان\*\*\*

## Abstract

**Introduction:** This study examined the relationship between the ability to retrieval of semantic autobiographical memory in PTSD adults.**Method:** The samples of this study selected from a group of PTSD of war as experimental and two control groups with and without PTSD and matched by Age and IQ. They completed the IES-R, BDI, BAI and WAIS-R and followed by AMI.**Results:** Findings showed that PTSD samples were able to retrieval fewer specific semantic autobiographical memory in comparison to the control groups. The more symptomatic survivors showed the greatest memory impairment.**Conclusion:** The data from this study is discussed in terms of compromised access to specific autobiographical material in distressed trauma survivors reflecting a process of affect regulation. Also, decreases in specificity of traumatic memories were associated with higher post traumatic stress & more deficits in memory. The results showed that the amount of defects with these specific PTSD symptoms has a direct relation.**Keywords:** Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD), Semantic Autobiographical Memory, Cognition, Emotion.

## چکیده

**مقدمه:** پژوهش حاضر به بررسی رابطه بین توانایی بازیابی خاطرات شرح حال معنایی اختصاصی از حافظه و نشانه‌های استرس پس از سانحه پرداخته است.**روش:** نمونه‌های این مطالعه شامل یک گروه از مبتلایان به PTSD ناشی از جنگ، به عنوان گروه آزمایشی و دو گروه کنترل (Non-PTSD و سالم) بود. گروه‌ها در متغیرهای سن و هوش هم‌تا شدند. آزمودنی‌ها پس از تکمیل مقیاس تجدید نظر شده تاثیر رویداد (IES-R)، سیاهه افسردگی بک (BDI)، سیاهه اضطراب بک (BAI)، و مقیاس هوش تجدید نظر شده وکسلر بزرگسالان (WAIS-R)، به تکمیل مصاحبه حافظه شرح حال (AMI) پرداختند.**یافته‌ها:** نتایج پژوهش نشان داد که افراد مبتلا به PTSD در مقایسه با گروه‌های کنترل جزئیات معنایی اختصاصی کمتری را به یاد می‌آوردند. همچنین کاهش اختصاصی بودن خاطرات با استرس پس از سانحه بیشتر و نواقص حافظه وسیع‌تری همراه می‌باشد. نتایج نشان داد که میزان این نواقص با نشانه‌های خاص PTSD رابطه مستقیمی دارد.**نتیجه‌گیری:** داده‌های این مطالعه برحسب دستیابی توافقی به مواد شرح حال اختصاصی در افراد مبتلا که منعکس کننده یک فرآیند تنظیم اثر می‌باشد، بحث شده‌اند.**واژه‌های کلیدی:** اختلال استرس پس از سانحه (PTSD)، حافظه شرح حال معنایی، شناخت، هیجان.\*Correspondence E-mail:  
a39abdi@yahoo.com

\*\*نویسنده مسئول: دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی دانشگاه تربیت معلم، تهران، ایران

\*\*\*گروه روان‌شناسی دانشگاه تربیت معلم، تهران، ایران

\*\*\*\*دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره خانواده دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

## مقدمه

حافظه شرح حال<sup>۱</sup> جنبه‌ای از حافظه است که با یادآوری حوادث گذشته که به صورت شخصی تجربه شده‌اند، مرتبط می‌باشد. این نوع حافظه برای عملکرد انسان ضروری است و به طور مؤثر منجر به یک احساس فردی از خود، حفظ جهت در زندگی و پیگیری اهداف در سایه حل مسائل گذشته می‌گردد. حافظه شرح حال معنایی، بخشی از حافظه شرح حال می‌باشد و با حافظه رویدادها و موضوعات مربوط به خود شخص ارتباط دارد [۱].

حافظه شرح حال در زمینه‌های بسیار متنوعی مورد بررسی قرار گرفته است. پژوهش‌ها به بررسی ماهیت و کارکرد آن [۳،۲]، عوامل اجتماعی مؤثر در رشد اولیه آن [۵،۴]، فرآیندهای زیربنایی مربوط به چگونگی رمزگذاری، بازیابی و فراموشی رویدادها [۷،۶]، نقش آن در سازماندهی احساس فرد از خود [۴،۸] و جنبه‌هایی که از آسیب‌های نورولوژیکی متأثر می‌گردند پرداخته اند [۹].

جنبه دیگری از حافظه شرح حال که با آسیب شناسی مرضی ارتباط نزدیک دارد و تمرکز مطالعه حاضر نیز بر آن قرار دارد، کلی بودن حافظه شرح حال (معنایی) می‌باشد (over-generality). در پیشینه پژوهشی مطالعات اندکی به بررسی این مسأله پرداخته، در صورتی که مطالعات نسبتاً زیادی جنبه رویدادی و کلی بودن یادآوری‌های مربوط به آن را مورد بررسی قرار داده‌اند (ر.ک. ۱۰).

مفهوم سازه‌های نظری درباره ارتباط بین خود (self) و حافظه، رابطه نزدیکی بین حافظه شرح حال و "خود مفهومی"<sup>۲</sup> مطرح می‌کند [۱۱،۱]. خود مفهومی شامل اطلاعات معنایی درباره خود می‌باشد. بر طبق چنین

مدل‌هایی، هدف بلافصل خود کاری<sup>۳</sup> اجتناب از دستیابی به اطلاعات خاص شخصی مربوط به حادثه رنج‌آور گذشته می‌باشد و خود را به صورت یک شکل کلی‌تر اختلال نشان می‌دهد [۱۲]. بنابراین، هنگام بررسی کیفیت دستیابی به اطلاعات خود-مدار مربوط به گذشته، انتظار بروز هرگونه حافظه اختصاصی کاهش یافته بدیهی است.

در یک مطالعه اولیه در این زمینه، ملچرت<sup>۴</sup> و پارکر<sup>۵</sup> [۱۳] از ۴۲۹ بزرگسال، سؤالات فرا شرح حال درباره کودکی‌شان پرسیدند. برای مثال؛ "آیا در کودکی مورد سوء استفاده واقع شده‌اند" و همچنین درباره کیفیت خاطراتشان از کودکی پژوهشگران به رابطه معناداری بین مواجهه با تروما و خاطرات مبهم‌تر دست نیافتند. به هر حال، گرچه این مطالعه بینشی درباره ادراکات افراد دارای سابقه تروما از خاطرات کودکی‌شان به ما می‌دهد، ولی به طور مستقیم صحت و اختصاصی بودن این خاطرات را ارزیابی نمی‌کند.

مطالعه بعدی در این زمینه در یک نمونه کوچک از بزرگسالان دارای سابقه تروما (n=۱۰) و گروه کنترل که سابقه مواجهه با تروما را نداشتند (n=۱۷) صورت گرفت. در این مطالعه از آزمون حافظه قراردادی<sup>۶</sup> [۱۳] استفاده شد. نتایج آشکار ساخت که علی‌رغم ارائه عملکرد قابل مقایسه در ابزار یادآوری داستانی، گروه دارای سابقه تروما حافظه ضعیف تری 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

3 - Working self

4 - Melchert, T. P.

5 - Parker, R. L.

6 - Bespoke memory test

1- Autobiographical Memory

2 -Conceptual self

وخیم تری بودند، نواقص حافظه وسیعتری را نشان دادند.

مطالعه حاضر به بررسی رابطه بین جنبه معنایی حافظه شرح حال و نشانه‌های خاص PTSD می‌پردازد. در این مطالعه از مقیاس تأثیر رویداد (به بخش ابزار مراجعه شود) برای نشانه شناسی استفاده شده است در صورتی که در مطالعات قبلی از تستهای تشخیصی PTSD استفاده شده است. فرضیه‌های این مطالعه عبارتند از: ۱- بین شدت PTSD و میزان کاهش اختصاصی بودن حافظه شرح حال معنایی رابطه مستقیم وجود دارد؛ مطالعات (برای مثال، ۱۰) نشان داده‌اند که هر چه PTSD شدیدتر باشد حافظه شرح حال رویدادی متحمل کاهش شدیدتری در اختصاصی بودن می‌گردد. این مطالعه بر آن است تا این موضوع را در جنبه معنایی حافظه شرح حال آزمون کند. ۲- بین نشانه‌های خاص PTSD و اختصاصی بودن حافظه شرح حال معنایی رابطه منفی وجود دارد.

### روش

**طرح پژوهش:** روش به کار گرفته شده در این پژوهش، پس- رویدادی یا علی- مقایسه ای<sup>۹</sup> است. روشهای پس رویدادی معمولاً به تحقیقاتی اطلاق می‌شود که در آنها پژوهشگر با توجه به متغیر وابسته به بررسی علت احتمالی وقوع آن می‌پردازد. به عبارت دیگر، تحقیق علی- مقایسه ای گذشته نگر بوده و سعی بر آن دارد که از معلول به علت احتمالی پی برد. پژوهش حاضر، پس رویدادی و از نوع گروه ملاکی می‌باشد. در طرح گروه ملاکی، پژوهشگر به بررسی یک ویژگی در یک گروه و مقایسه آن با گروهی که فاقد آن ویژگی است، می‌پردازد.

**آزمودنیها:** جامعه آماری این پژوهش در برگیرنده بیماران مرد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه

گزارشهای داستان گونه از شکاف های آمیزی<sup>۷</sup> مربوط به کودکی را در افراد دارای سابقه تروما اعتبار می‌بخشد [برای مثال، ۱۴].

مطالعه دیگری که به بررسی این مسأله پرداخته، توسط کورتیس<sup>۸</sup> و همکاران [۱۵] صورت گرفته است. در این مطالعه رابطه 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 معنی دار PTSD را در بزرگسالان مبتلا به سرطان نشان داده‌اند (ر.ک. ۱۶). 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 [۱۷، ۱۸]. علاوه بر این، بیماران سرطانی مبتلا به PTSD در آزمون حافظه شرح حال (AMT) حافظه شرح حال اختصاصی پایین تری نشان می‌دهند [۱۵]. نتایج مطالعه مرادی و همکاران، 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 [۱۶].

این نتایج یافته‌های مسترز و همکاران [۱۴] را تأیید و نشان می‌دهد که، حافظه شرح حال اختصاصی کاهش یافته مختص حوزه رویدادی نبوده و در ابعاد معنایی یادآوری نیز نمایان است. علاوه بر این، نتایج مطالعه اخیر برای اولین بار نشان داد که بین حافظه شرح حال معنایی و شدت PTSD همبستگی وجود دارد و میزان نقص در حافظه شرح حال معنایی با سطوح افکار مزاحم رابطه مثبت دارد. بیماران سرطانی قادر به تولید جزئیات معنایی کمتری درباره گذشته شخصی، در مقایسه با گروه کنترل بودند. بیمارانی که دارای اوضاع

7 - Amnesic gaps

8 - Courtois, C. A.

9- Causal-comparative

نمی‌باشد. در این مطالعه، IES-R در ارتباط با تجربه جنگ اجرا و تکمیل گشت.

۲- مصاحبه حافظه شرح حال: مصاحبه حافظه شرح حال (AMI) ابزاری برای سنجش حافظه اخیر (پس گستر) آزمودنی‌ها است. در مطالعه حاضر بخش معنایی این آزمون به کار برده شده است. AMI از طریق یک مصاحبه با ساختار در مورد واقعیات شرح حال (برای مثال، مکان زندگی فرد در کودکی یا بزرگسالی)، به سنجش حافظه 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 دوره زمانی، دامنه نمرات از ۰ تا ۲۱ متغیر خواهد بود. نتایج اجرای آزمایشی و کامل AMI با شرکت کنندگان مطالعه حاضر نشان داد که عملکرد افراد در سقف آنچه از یک گروه نورولوژیکی سالم انتظار می‌رود، قرار دارد (اثر تارک<sup>۱۱</sup>؛ کوپلمن و همکاران، ۱۹۹۰).

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

**روند اجرای پژوهش:** به علت زیاد بودن تعداد آزمون‌ها و وقت گیر بودن اجرای برخی از آنها، و همچنین به منظور جلوگیری از خستگی آزمودنی‌ها و بالا بردن دقت پاسخگویی، اجرای کامل آزمون‌ها در دو

ناشی از جنگ، که در بخشهای روانپزشکی بیمارستانهای ایران بستری یا در تماس مداوم با این مراکز هستند، می‌باشد.

۱. تعداد ۲۵ بیمار مبتلا به PTSD ناشی از جنگ، مرد، در دامنه سنی ۳۸-۵۰ سال، با بهره هوشی متوسط (۹۵-۱۱۰). این گروه به عنوان گروه ملاک، از بین بیماران بستری در بیمارستان بقیه الله 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 سنی و هوشی مشابه با گروه ملاک و به عنوان گروه مقایسه ۱ و با همکاری گروه مهندسی ۴۲ قدر شهرستان اراک انتخاب شدند.

۳. تعداد ۲۵ نفر افراد عادی و در شرایط سنی و هوشی مشابه با گروه ملاک، و به عنوان گروه مقایسه عادی ۲ و از بین افراد سالم انتخاب شدند.

در انتخاب همه گروه‌ها به علت کمبود بیماران و محدودیت در نمونه گیری از روش نمونه گیری در دسترس استفاده شده است.

## ابزار:

۱- مقیاس تجدید نظر شده تأثیر رویداد: مقیاس تجدید نظر شده تأثیر رویداد<sup>۱۲</sup> (IES-R) یک پرسشنامه خودسنجی ۲۲ ماده‌ای است که فراوانی نشانه‌های پس از سانحه؛ اجتناب، برانگیختگی بیش از حد و علائم آزار دهنده را (در خرده مقیاس‌های جداگانه) و در طول یک هفته اخیر می‌سنجد. همسانی درونی این آزمون بالا (آلفای کرونباخ، ۰/۹۲ - ۰/۷۹) و پایایی آزمون بازآزمون آن خوب است. این آزمون به عنوان ابزار سنجش درماندگی پس از سانحه دارای اعتبار بالایی است گرچه باید تأکید شود که ابزار تشخیصی PTSD

11-Ceiling

10-Impact of Event Scale-Revised

جلسه ۱ ساعته صورت گرفت. آزمودنی در اتاقی آرام و بدون هیچ گونه مزاحمتی، در مقابل آزمایشگر یا مصاحبه کننده بر صندلی نشسته و پاسخگوی سؤالات بود.

در جلسه اول، پس از آشنایی با آزمودنی و بیان توضیحات کلی درباره اهداف و چگونگی انجام کار و کسب رضایت از وی برای همکاری، به اجرای آزمونهای پرداخته می‌شد. در گروه ملاک، 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، آزمونهایی بعدی بودند که آزمودنی‌ها اقدام به تکمیل آنها نمودند. بخش کلامی آزمون هوش و کسلر بزرگسالان (WAIS-R)، آخرین آزمونی بود که در جلسه اول اجرا شد. جلسه دوم که به فاصله یک روز پس از جلسه اول تشکیل می‌شد، به مصاحبه حافظه شرح حال (AMI) اختصاص داشت (به بخش ابزار مراجعه شود). اجرا آزمونها در دو گروه دیگر (گروه‌های گواه)، در یک جلسه ۱/۵ ساعته برگزار شد.

### یافته‌ها

وضعیت حافظه 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، با استفاده از تحلیل کواریانس اثر این متغیرها بر حافظه شرح حال معنادار به دست نیامد. بنابراین، از تحلیل کنار گذاشته شده و برای تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس یکراهه (ANOVA) استفاده شده است.

همانگونه که در جدول 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 جدول ۲. IES-R، نشان داد که در بین گروه‌های دارای سابقه مواجهه با تروما، گروه ملاک معیارهای این آزمون را در حد بالایی تأمین کرده و در هر سه خرده مقیاس این آزمون نسبت به گروه Non-PTSD نمرات بالاتری کسب نمودند جدول ۳. با مقایسه نمرات گروه مبتلا به PTSD و Non-PTSD (گروه‌های دارای سابقه مواجهه با تروما) در این آزمون، مشخص می‌شود که گروه ملاک از نظر نشانه‌شناسی در سطح بسیار بالایی قرار دارد. لازم به ذکر است که این آزمون، آزمون تشخیصی PTSD نمی‌باشد و فقط برای بررسی نشانه‌ها به کار می‌رود. برای بررسی عملکرد گروه‌ها در حافظه شرح حال معنایی، نمرات هر سه گروه در بخش معنایی AMI که شامل سه خرده مقیاس مجزا می‌باشد، مورد مقایسه قرار گرفت. همانگونه که در جدول ۴ مشاهده می‌شود گروه ملاک نسبت به گروه‌های مقایسه عملکرد ضعیف‌تری را در این بخش از خود نشان داد و این تفاوت معنادار ( $p < 0.05$ ) به دست آمد. در جدول ۵ همبستگی جزئی میان عملکرد گروه ملاک در AMI و خرده مقیاس‌های IES را مشاهده می‌کنید. در حافظه شرح حال معنایی، خرده مقیاس علائم آزار دهنده بیشترین مقدار رابطه منفی را با نمره کسب شده در AMI (مجموع سه خرده آزمون) دارا می‌باشد و پس از آن، اجتناب و بیش انگیزختگی قرار دارند. بنابراین، نتیجه گرفته می‌شود بین شدت PTSD و اختصاصی بودن حافظه شرح حال (معنایی) رابطه منفی وجود دارد.

جدول ۱- میانگین و انحراف استاندارد گروه‌ها براساس سن، IQ، افسردگی و اضطراب

گروه‌ها	تعداد	میانگین	انحراف معیار	F	سطح معناداری
(سن) کنترل	۲۵	۴۳	۴/۴	۰/۳۱۸	۰/۷۲۹
	۲۵	۴۲	۴/۶		
	۲۵	۴۲	۴/۶		
(هوش) کنترل	۲۵	۱۰۴	۴/۶	۰/۳۱۵	۰/۷۳۱
	۲۵	۱۰۳	۵/۱		
	۲۵	۱۰۳	۴/۲		
(افسردگی) کنترل	۲۵	۷	۲/۳	۳۳۸/۱۵۵	۰/۰۰۰۱
	۲۵	۴۱	۶/۲		
	۲۵	۱۳	۵/۲		
(اضطراب) کنترل	۲۵	۹	۵/۷	۴۰۴/۵۳۴	۰/۰۰۰۱
	۲۵	۴۴	۵/۷		
	۲۵	۱۱	۲/۴		

جدول ۲- آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه گروه‌ها در افسردگی و اضطراب

متغیر وابسته	گروه (i) گروه (j)	اختلاف میانگین (i-j)	خطای معیار میانگین	سطح معناداری
افسردگی	PTSD	-۳۳/۴۴	۱/۳۷۶	۰/۰۰۰۱
	Normal	-۵/۶۴	۱/۳۷۶	۰/۰۰۰۱
	Non-PTSD			
	Normal PTSD	۳۳/۴۴	۱/۳۷۶	۰/۰۰۰۱
	Non-PTSD	۲۷/۸	۱/۳۷۶	۰/۰۰۰۱
	Normal Non-PTSD	۵/۶۴	۱/۳۷۶	۰/۰۰۰۱
اضطراب	PTSD	-۲۷/۸	۱/۳۷۶	۰/۰۰۰۱
	Normal	-۳۴/۹۲	۱/۳۸۱	۰/۰۰۰۱
	Non-PTSD	-۱/۸۸	۱/۳۸۱	۰/۵۳۳
	Normal PTSD	۳۴/۹۲	۱/۳۸۱	۰/۰۰۰۱
	Non-PTSD	۳۳/۰۴	۱/۳۸۱	۰/۰۰۰
	Normal Non-PTSD	۱/۸۸	۱/۳۸۱	۰/۵۳۳
	PTSD	-۳۳/۰۴	۱/۳۸۱	۰/۰۰۰

جدول ۳- میانگین و انحراف استاندارد گروه‌های دارای سابقه تروما در IES-R

گروه‌ها	تعداد	میانگین	انحراف معیار
IES (total)	۲۵	۷۲/۹	۶/۳
	۲۵	۵/۲	۱/۵
اجتناب	۲۵	۲۶/۲	۲/۸
	۲۵	۱/۹	۱/۲
علائم آزار دهنده	۲۵	۲۴/۰۴	۲/۰۵
	۲۵	۱/۸	۱/۱۵
برانگیختگی	۲۵	۲۳/۰۸	۳/۰۸
	۲۵	۱/۵	۱/۰۴

جدول ۴- شاخص‌های توصیفی و مقایسه میانگین گروه‌ها در AMI

گروه‌ها	تعداد	میانگین	انحراف معیار	خطای معیار میانگین	F	سطح معناداری
کنترل	۲۵	۲۰	۱/۲۵	۰/۲۵	۲۴/۶۹۲	۰/۰۰۰۱
	۲۵	۱۵	۲/۷۵	۰/۵۵		
	۲۵	۱۷	۲/۵	۰/۵		
PTSD Non-PTSD						
کنترل بزرگسالی	۲۵	۱۹	۱/۷	۰/۳۵	۲۲/۰۰۸	۰/۰۰۰۱
	۲۵	۱۶	۱/۵	۰/۳		
	۲۵	۱۷	۲/۳	۰/۵		
PTSD Non-PTSD						
کنترل	۲۵	۲۱	۱	۰/۲	۱۴/۶۲۶	۰/۰۰۰۱
	۲۵	۱۸	۱/۶	۰/۳		
	۲۵	۱۹	۱/۳	۰/۲۵		
PTSD Non-PTSD						

جدول ۵- همبستگی جزئی (partial correlation) <sup>۱۲</sup> AMS خرده مقیاس‌های IES-R

برانگیختگی	اجتناب	علائم آزار دهنده	حافظه شرح حال (معنایی)
* -۰/۰۴۱	* -۰/۱۴۰	* -۰/۱۸۱	

\*p&lt;۰/۰۵

## بحث

در مطالعه حاضر، گروه ملاک در مقایسه با گروه‌های مقایسه قادر به دستیابی به جزئیات معنایی اختصاصی کمتری از حافظه بود. این گروه در هر سه خرده‌مقیاس AMI، نسبت به گروه‌های مقایسه مواد کمتری را بازیابی نمودند. در مطالعه جداگانه‌ای (عبدی و همکاران، زیر چاپ) نمونه‌های مطالعه حاضر از لحاظ عملکرد در حافظه شرح حال رویدادی نیز مورد بررسی قرار گرفتند. یافته‌های مطالعه مذکور نشان داد که گروه‌های دارای سابقه مواجهه با ترما در جنبه رویدادی حافظه شرح حال قادر به بازیابی مواد شرح حال اختصاصی کمتری از گذشته خود می‌باشند. بنابراین، نتایج مطالعه حاضر نشان می‌دهد که کاهش اختصاصی بودن خاطرات، مختص حوزه رویدادی حافظه شرح حال نبوده و در بعد معنایی آن نیز نمایان است.

این نتایج با یافته‌های مطالعه مرادی و همکاران [۱۶]، ویلیامز و همکاران [۱۰]، بروین [۱]، ملچرت و پارکر [۱۳]، و مسترز و همکاران [۱۴] همسو می‌باشد. چندین تبیین محتمل را می‌توان در مورد نتایج حاضر ارائه کرد.

فرضیه تعدیل اثر<sup>۱۳</sup> [۱۰] بیان می‌کند که کاهش اختصاصی بودن حافظه بیانگر یک راهبرد شناختی برای ممانعت از دسترسی به جزئیات حوادث شرح حال رنج آور مانند تروما می‌باشد. این فرضیه، تبیین قابل قبولی در این مورد فراهم می‌کند که، چرا افراد دارای سابقه مواجهه با تروما در مقایسه با افراد عادی که چنین سابقه‌ای ندارند، حافظه اختصاصی کاهش یافته تری نشان می‌دهند، و چرا در بین جمعیت دارای تاریخچه مواجهه با تروما، آنهایی که تجربه 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 یافته تری همراه است و ۲- افراد دارای سابق مواجهه با تروما و مبتلا به PTSD در مقایسه با گروه کنترل دارای تاریخچه مواجهه و غیر مبتلا به PTSD، AMS کاهش یافته تری نشان می‌دهند [۱۷].

همچنین بر اساس این فرضیه، مفهوم سازی‌های کنونی از حافظه، دانش شخصی معنایی و خود (برای مثال، ۲) 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 [۲] نیز، یکی از اهداف حافظه کاری، ممانعت از دستیابی به مواد شرح حال به عنوان شکلی از اجتناب کارکردی می‌باشد.

فرضیه کنترل اجرایی<sup>۱۴</sup>، پیش بینی کننده عملکرد کلی ضعیفتر در تکالیف شناختی که 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 [۱۰، ۲۱]. در تشریح این فرضیه چنین مطرح شده است، تولید موفقیت آمیز خاطره نیازمند دو مؤلفه است:

۱- کنترل اجرایی خواستار جستجوی خاطره اختصاصی از میان پایگاه داده‌های حافظه شرح حال

13- Affect regulation hypothesis

14- Executive control hypothesis



پاسخ به تکالیف حافظه شرح حال خاطرات کلی ارائه می‌دهند. همچنین، در میان افراد دارای سابقه مواجهه با تروما، آنهایی که تجربه تروما، درماندگی کنونی بیشتری برایشان به همراه دارد، دارای نواقص بیشتری در حافظه شرح حال اختصاصی می‌باشند.

در این مطالعه شاهد بودیم که افراد مبتلا به PTSD در مقایسه با افراد عادی، قادر به بازیابی اختصاصی مواد شرح حال از حافظه نمی‌باشند. عملکرد در حافظه شرح حال با متغیرهایی چون سن و هوش رابطه دارد، لازم به ذکر است که این نتایج را نمی‌توان به عواملی چون بهره هوشی پایین‌تر یا تفاوت سن آزمودنی‌های شرکت کننده نسبت داد، زیرا در بررسی حاضر نمونه‌های مورد مطالعه از لحاظ بهره هوشی و سن هم‌متا شده‌اند.

در گروه ملاک، 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، ۱۰]. بنابراین، در حال حاضر مشخص نیست سهم هر کدام از این اختلالات در نواقص به دست آمده مربوط به حافظه شرح حال به چه میزان است. گرچه در تحلیل داده‌های مربوط به پژوهش حاضر، اثر افسردگی و اضطراب بر عملکرد آزمودنی‌ها در آزمون‌های حافظه شرح حال، معنادار به دست نیامد. آنچه مسلم است این است که شرح حال افراد افسرده نیز در بسیاری از موارد در برگیرنده خاطرات رنج‌آور و استرس‌آور می‌باشد. بنابراین، سرکوبی و اجتناب از این خاطرات می‌تواند امری بدیهی باشد.

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 سلسله مراتب فرضی حافظه 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 موفقیت آمیز تکمیل نگشته، خاطرات کلی و غیر اختصاصی که در سطوح بالای سلسله مراتب قرار دارند، به عنوان پاسخ تکلیف ارائه شوند. و در نتیجه به کاهش اختصاصی بودن حافظه منجر می‌شود.

در مطالعه حاضر، عملکرد ضعیف‌تر در آزمونهای حافظه 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 که در اینجا ذکر گردید، نقش تبیینی این فرضیه را کم رنگ می‌کند. همچنین، فرضیه دوم (بخش مقدمه) نیز تأیید گردید.

در تبیین این نتایج، همانگونه که در بخش قبلی ذکر گردید، فرضیه تعدیل اثر بیان کننده این نکته بود که افراد مبتلا به PTSD به واسطه راهبرد شناختی که برای کاهش اثرات تروما به کار می‌گیرند، در بازیابی از حافظه شرح حال کمتر اختصاصی عمل کرده و در

## منابع

- 13- Melchert TP, Parker RL. Different forms of childhood abuse and memory. *Child Abuse and Neglect*. 1997; 21: 125- 135.
- 14- Meesters C, Merckelbach H, Muris P, Wessel I. Autobiographical memory and trauma in adolescents. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 2000; 31: 29- 39.
- 15- Courtois CA. *Healing the incest wound: Adult survivors in therapy*. New York: Norton; 1988.
- 16- Moradi AR, Herlihy J, Yasseri G, Shahraray M, Turner S, Dalgleish T. 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. 2008.
- 17- Kangas M, Henry JL, Bryant RA. A prospective study of autobiographical memory and posttraumatic stress disorder following cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2005; 73: 293- 299.
- 18- Belicker EB, Hickling EJ, Taylor AE, Loos WR, Foreneris CA, Ader HJ. Psychological distress two years after diagnosis of breast cancer: Frequency and prediction. *Patient Education and Counseling*. 2000; 40: 209- 217.
- 19- Kopelman MD, Wilson BA, Baddeley AD. *The Autobiographical Memory Interview*. Bury St. Edmunds, UK: Thames Valley Test Company; 1990.
- 20- Hermans D, Van den Broeck K, Belis G, Raes F, Pieters G, Eelen P. Trauma and autobiographical memory specificity in depressed inpatients. *Behaviour Research & Therapy*. 2004; 42: 775- 789.
- 21- Dalgleish T, Williams JMG, Perkins N, Golden AJ, Barnard PJ, Yeung C, et al. Reduced specificity of autobiographical memory and depression: The role of executive processes. *Journal of Experimental Psychology: General*. 2007; 136: 23- 42.
- 22- Matsuoka Y. A Volumetric Study of Amygdala in cancer Survivor with Intrusive Recollection. [Electronic version]. *Journal of Biological Psychiatry*. 2003; 54(7): 736- 743.
- 1- Brewin CR. Autobiographical memory for trauma: Update on four controversies. *Memory*. 2007; 5(3): 227- 248.
- 2- Conway MA. Memory and the Self. *Journal of Memory and Language*. 2005; 53(4): 594- 628.
- 3- Pillemer DB. *Momentous events, vivid memories*. Cambridge, MA/London, UK:Harvard University Press; 1998.
- 4- Wheeler MA, Stuss DT, Tulving E. Toward a theory of episodic memory: The frontal lobes and autonoetic consciousness. *Psychological Bulletin*. 1997; 121: 331- 354.
- 5- Nelson KD, Fivush R. The emergence of autobiographical memory: A social cultural developmental theory. *Psychological Review*. 2004; 111: 486- 511.
- 6- Reese E. Social factors in the development of autobiographical memory: The state of the art. *Social Development*. 2002; 11: 124- 142.
- 7- Castel A D, Craik FIM. The effects of aging and divided attention on memory for item and associative information. *Psychology and Aging*. 2003; 18: 873- 885.
- 8- Hertel PT, Gerstle M. Depressive deficits in forgetting. *Psychological Science*. 2003; 14: 573- 578.
- 9- Conway MA, Pleydell-Pearce CW. The construction of autobiographical memories in the self-memory system. *Psychological Review*. 2000; 107: 261- 288.
- 10- Rugg MD, Wilding EL. Retrieval processing and episodic memory. *Trends in Cognitive Sciences*. 2000; 4: 108- 115.
- 11- Williams JMG, Barnhofer T, Crane C, Hermans D, Raes F, Watkins E, Dalgleish T. Autobiographical memory specificity and emotional disorder. *Psychological Bulletin*. 2007; 133: 122- 148.
- 12- Conway MA, Meares K, Standart S. Images and goals. *Memory*. 2004; 12: 525- 531.