



## Examining the Relation between Posttraumatic Stress Symptoms caused by War and Autobiographical Memory

Ahmad Abdi, Alireza Moradi, PhD.  
Fahimeh Akramian

## بررسی عملکرد افراد مبتلا به PTSD ناشی از جنگ در حافظه شرح حال رویدادی

احمد عبدی<sup>۱</sup>، دکتر علیرضا مرادی<sup>۲</sup>، فهیمه اکرمیان<sup>۳</sup>

تاریخ پذیرش: ۸۸/۱۱/۱۸

تاریخ بازنگری: ۸۸/۹/۲۱

تاریخ دریافت: ۸۸/۸/۱۲

### چکیده

### Abstract

The aim of this study was to examine the relationship between posttraumatic stress symptoms and reduced autobiographical memory specificity. Two samples of privates with and without posttraumatic stress disorder (PTSD) and a sample of healthy control completed the AMT followed by IES-R, translated versions of the BDI, BAI and WAIS-R. Results revealed that reduced episodic specificity, as measured by a standard cue word task, is associated with increased post-traumatic stress in traumatized samples and that degree of impairment was positively associated with levels of intrusion, avoidance and hyper arousal of the trauma. The data is discussed in terms of compromised access to specific autobiographical material in distressed trauma survivors reflecting a process of affect regulation.

### Keywords:

Post Traumatic Stress Disorder (PTSD), Episodic Autobiographical Memory, Cognition, Emotion.

پژوهش حاضر رابطه بین توانایی دستیابی به مواد شرح حال اختصاصی از حافظه و نشانه‌های استرس پس از سانحه را مورد بررسی قرار داده است. 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) میباشند که در متغیرهای سن و هوش همتا شده اند. 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 آزمون حافظه شرح حال (AMT) پرداختند. نتایج پژوهش نشان داد که افراد مبتلا به PTSD در مقایسه با گروههای کنترل قادر به بازیابی خاطرات اختصاصی کمتری بودند، کاهش اختصاصی بودن خاطرات در AMT با استرس پس از سانحه گسترده تری در گروههای دارای سابقه تروما همراه می باشد و همچنین افرادی که دارای نشانه‌شناسی‌های شدیدتری بودند، نواقص حافظه وسیعتری را نشان دادند. سرانجام، نتایج نشان داد که میزان این نواقص با نشانه‌های خاص PTSD رابطه مستقیمی دارد. داده‌های این مطالعه برحسب دستیابی توافقی به مواد شرح حال اختصاصی در افراد مبتلا که منعکس کننده یک فرآیند تنظیم اثر میباشد، بحث شده است.

### کلیدواژه‌ها

اختلال استرس پس از سانحه (PTSD)، حافظه شرح حال رویدادی، شناخت، هیجان

۱- (نویسنده پاسخگو) دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه تربیت معلم تهران (خوارزمی) (a39abdi@yahoo.com)

۲- دانشیار گروه روانشناسی دانشگاه تربیت معلم تهران (خوارزمی)

۳- دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره خانواده دانشگاه علامه طباطبائی



## مقدمه

مدلها بیان می‌کنند که هیجانها به عنوان بخشی از یک شبکه 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 نظریه شبکه معنایی (کولینز و گولیبیان، ۱۹۶۹؛ به نقل از دالگلیش، ۲۰۰۳) 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 و با ارزشهای متفاوت در شبکه وجود دارند، در نتیجه میتوانند بوسیله 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 تاکید بر ابعاد کمی حافظه (احتمال یا زمان تاخیر یادآوری رویداد مثبت نسبت به رویداد منفی) به سمت ماهیت کیفی آنچه یادآوری می‌شود (چه مثبت و چه منفی) تغییر داد، ناشی می‌شود. اغلب تحقیقات اخیر بر این جنبه تمرکز نمودند، بویژه اختصاصی بودن با کلی بودن رویداد یادآوری شده.

با بسط مدل حافظه همسان با خلق به بیماران متمایل به خودکشی، ویلیامز و برودبنت (۱۹۸۶) دریافتند که این افراد در مقایسه با گروه کنترل، علاوه بر پاسخ‌دهی کندتر به نشانه‌های مثبت، در تولید خاطره اختصاصی -در پاسخ به نشانه لغت‌های مثبت و منفی- دچار شکست می‌گردند. در عوض، آنها در تقریباً نیمی از کوشش‌هایشان با ارائه خاطره‌ای که شامل مجموعه‌ای از رویدادهای مشابه می‌باشد، پاسخ می‌دهند. در حالی که گروه کنترل در بیش از

تحقیقات اولیه درباره نقش حافظه شرححال در اختلالات هیجانی، به دنبال این بوده‌اند که حافظه ممکن است بواسطه حالت خلقی کنونی دچار سوگیری گردد. سوگیری که می‌تواند در شروع و تداوم اختلال عاطفی مشارکت داشته باشد. این مطالعات نشان داده‌اند که حافظه شرح حال در ارتباط با خلق، پدیده جالبی برای بررسی می‌باشد. لیود و لیشمن (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 بواسطه 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 (۱۹۷۹؛ به نقل از دالگلیش، ۲۰۰۳) با افراد غیرافسرده که خلق آنان به صورت آزمایشی دستکاری شده بود، صورت گرفت. آنها دریافتند که زمان -تاخیر برای یادآوری رویدادهای منفی یا مثبت بواسطه حالت خلقی دچار سوگیری میگردد. اگرچه این امر بیشتر به خاطر یادآوری کند مواد مثبت در خلق افسرده بود تا یادآوری سریعتر مواد منفی. تحقیقات بعدی با افراد افسرده بالینی که براساس وجود تغییرات خلقی روزانه انتخاب شده بودند، انجام شد. کلارک و تیزدل (۱۹۸۲؛ به نقل از دالگلیش، ۲۰۰۳) 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 نقطه غیرافسرده چرخه خود هستند، این تصویر معکوس میگردد. مطالعات اولیه‌ی حافظه شرح حال در چارچوب کلی مدل‌های شبکه‌ای حافظه صورت گرفت. این



حاد پس از تصادف با وسایل نقلیه (هاروی، بریانت دانگ، ۱۹۹۸)، پس از تشخیص سرطان (کانگاس، هنری و بریانت، ۲۰۰۵) و مبتلایان به PTSD (برای مثال؛ سربازان ویتنام؛ مک نالی و همکاران، ۱۹۹۵) میباشد.

داده‌ها نشان می‌دهد که سابقه‌ی تجربیات تروماتیک به طور نزدیکی با بروز نواقص حافظه کلی ارتباط دارد. این امر علیرغم این واقعیت است که از افراد خواسته نشد که خاطرات مربوط به تروما را بازیابی کنند. به هر حال، همانگونه که مطالعات مربوط به سربازان جنگ (مک نالی و همکاران، ۱۹۹۵)، مجروحان تصادف با وسایل نقلیه (هروی و همکاران، ۱۹۹۸) و بیماران سرطانی (کانگاس و همکاران، ۲۰۰۵) نشان می‌دهد، تنها وجود تاریخچه تروما کافی نیست. این مطالعات شامل گروه‌های کنترل که با تروما مواجه شده اما مبتلا به PTSD یا اختلال هیجانی طولانی مدت نبودند، بوده و در این گروه‌ها نقص حافظه کلی به دست نیامد. این نکته نشان می‌دهد که ارتباط بین تروما و اختصاصی بودن حافظه به واسطه ابعاد کیفی تروما تعدیل می‌گردد (مانند طول و شدت تروما؛ هرمنز 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 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.

یافته‌های پژوهشی نشان می‌دهد که ماهیت تروما نیز نقش تعیین کننده‌ای دارد و با معمولا با گذشت زمان رویدادهای منفی، توان برانگیختن عاطفه منفی را از دست می‌دهند (محو شدگی سوگیری عاطفه). این اثر در افراد مبتلا به ملالت

۸۰٪ موقعیتهای به صورت اختصاصی عمل می‌کنند. عملکرد ضعیف این بیماران در این تکلیف را نمی‌توان بواسطه نواقص کلی در پردازش شناختی تبیین کرد، چون همه شرکت‌کنندگان در یک تکلیف حافظه 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 حافظه شرححال کمک کننده بود و مطالعات شروع به تمرکز دقیق‌تری درجه اختصاصی بودن یادآوری رویدادهای شخصی نمودند.

درسال ۱۹۹۵، کویکن و بروین یکی از اولین مطالعاتی را که در آن به بررسی نقش تجربیات تروماتیک در سبب‌شناسی حافظه کلی پرداخته انجام دادند. آنان، زنان افسرده دارای سابقه سوء استفاده جنسی در کودکی را با زنان افسرده بدون سابقه سوء استفاده 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 حافظه کلی علاوه بر تشخیص افسردگی ممکن است با تجربه تروما مرتبط باشد. پس از این، مطالعات دیگری رابطه بین اختصاصی بودن حافظه شرح حال و گزارشات مربوط به تروما یا واکنشهای تروما را مورد بررسی قرار دادند. مطالعات هم شامل گزارشهای مربوط به سوء استفاده جنسی و هم سوء استفاده فیزیکی می‌شود که بسیار مهم ولی تصریح آنها مشکل می‌باشد.

همچنین تصادف، جنگ، سرطان و آتش سوزی نیز مورد بررسی قرار گرفتند. این افراد شامل نمونه‌های غیر بالینی (هندرسون و همکاران، ۲۰۰۲) و بالینی می‌باشند. نمونه‌های بالینی شامل بیماران سرپایی افسرده بزرگسال (هرمن و همکاران، ۲۰۰۴)، بیماران مبتلا به اختلال خوردن (دالگلیش و همکاران، ۲۰۰۳)، بیماران مبتلا به اختلال استرس



## روش

**شرکت کنندگان:** ۱. تعداد ۲۵ بیمار مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه ناشی از جنگ، مرد، در دامنه سنی ۳۸-۵۰ سال، با بهره هوشی متوسط (۹۵-۱۱۰) در این مطالعه شرکت کردند. این گروه به عنوان گروه هدف بصورت در دسترس، از میان بیماران بستری در بیمارستان حضرت بقیه... (عج) شهر تهران و نیز با همکاری گروه مهندسی ۴۲ قدر سپاه پاسداران شهرستان اراک انتخاب شدند.

۲. تعداد ۲۵ نفر رزمنده Non-PTSD، که در متغیرهای جنس، سن و هوش با گروه هدف همتا شدند، به عنوان گروه کنترل (۱) در مطالعه شرکت کردند (این گروه در دفاع مقدس حضور موثر داشته اما به اختلال PTSD مبتلاء نشدند و اغلب از میان افراد ساکن در شهرستان اراک انتخاب شدند).

۳. تعداد ۲۵ نفر افراد عادی که در متغیرهای جنس، سن و هوش با هر دو گروه بالا همتا شدند در مطالعه شرکت کردند.

### ابزار: مقیاس تجدید نظر شده تاثیر رویداد

مقیاس تجدید نظر شده تاثیر رویداد (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-باز آزمون آن خوب است. این آزمون به عنوان ابزار سنجش درماندگی پس از سانحه دارای اعتبار بالایی است (وایس و مارمر، ۱۹۹۷). گرچه باید تاکید شود که ابزار تشخیصی PTSD نمی‌باشد. در این مطالعه، IES-R در ارتباط با تجربه جنگ اجرا و تکمیل گشت.

(dysphoria) در مقایسه با گروه کنترل سالم دیده نمی‌شود (برای مثال؛ واکر و همکاران، ۲۰۰۳). بنابراین؛ علاوه بر تجربه رویدادهای منفی، افراد افسرده و PTSD در یادآوری رویداد، سطوح بالای عاطفه منفی را تجربه می‌کنند.

مرادی و همکاران (۲۰۰۸) با استفاده از AMT به بررسی رابطه بین میزان کاهش اختصاصی بودن حافظه شرح حال رویدادی و نشانه‌های خاص PTSD در نمونه‌های از آوارگان مبتلا به PTSD پرداختند. در AMT، آزمودنیها در پاسخ به نشانه لغات دارای بار هیجانی، به بازیابی خاطرات شرح حال رویدادی میپردازند. نتایج نشان داد که خاطرات اختصاصی کمتر در AMT، با فراوانی بیشتر فلاش بک‌های مربوط به تروما و به کارگیری اجتناب فعال کمتر در رویارویی با آشفتگی‌های مربوط به تروما در زندگی روزمره، مرتبط است. در مطالعه مذکور، برای تشخیص PTSD و سنجش علائم از مقیاس تشخیصی PTSD (فوآ و همکاران، ۱۹۹۷) استفاده شده است.

هدف مطالعه حاضر بررسی رابطه بین میزان دستیابی به مواد شرح حال اختصاصی و نشانه‌های خاص درماندگی پس از سانحه می‌باشد. بنابراین، با استفاده از مقیاس تجدید نظر شده مقیاس تاثیر رویداد (IES-R) برای سنجش نشانه‌های استرس پس از سانحه و آزمون حافظه شرح حال (AMT) برای بررسی میزان اختصاصی بودن جنبه رویدادی حافظه شرح حال، به بررسی این فرضیه پرداخته میشود که آیا رابطه‌ای منفی بین نشانه‌های خاص PTSD (اجتناب، برانگیختگی بیش از حد و علائم آزار دهنده) و میزان اختصاصی بودن حافظه شرح حال وجود دارد. همچنین فرضیه دیگری که مورد بررسی قرار میگیرد، عبارت است از "هر چه شدت PTSD بیشتر باشد، نواقص حافظه شرح حال نیز گسترده‌تر خواهد بود".



### آزمون حافظه شرح حال

آزمون حافظه شرح حال (AMT) با همکاری یک ارزیاب (مفسر) که در باره هدف و ماهیت آزمون آموزش دیده، و با استفاده از کارتهایی به ابعاد ۱۵×۲۰، که لغات نشانه بر روی آنها نوشته شده بود، اجرا گردید. با استفاده از خزانه 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 "بهار، خنده، عشق، گل و پرواز" و لغات منفی "انفجار، کیسه خواب، بمب، شکنجه و شیمیایی" بود. لازم به ذکر است که لغات مثبت و منفی به صورت درهم ارائه گردید.

به شرکت کنندگان آموزش داده شد که به هر لغت، با رویدادی (خاطره‌ای) که بواسطه لغت یادآوری میشود، پاسخ دهند. به آنها گفته شد 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. به منظور روشن شده آزمودنیها مثالی از آنچه اختصاصی نامیده میشود ارائه گردید، و تا هنگامی که آزمودنی در حداقل دو کوشش تمرینی موفق به ارائه حافظه اختصاصی نمی‌شد، آزمون اجرا نمی‌شد. آزمودنیها برای بازیابی هر خاطره، ۳۰ ثانیه زمان در اختیار داشتند. چنانچه اولین خاطره اختصاصی نبود، مطابق دستورالعمل راهنمایی لازم ارائه میشد: "آیا میتوانید یک رویداد اختصاصی را به یاد آورید؟". اولین خاطره بازیابی شده (اختصاصی یا غیر اختصاصی) کد گذاری میشد. دو ارزیاب این آزمون را برای همه شرکت کنندگان تکمیل کردند. همبستگی درون طبقه‌های بین نمره‌گذاری دو ارزیاب برای خاطرات اختصاصی بین ۰/۸۳ تا ۰/۹۴ در نوسان بود. خاطرات غیر اختصاصی نیز بر حسب انواع

خاطرات طبقه‌ای، گسترده یا حذف (در صورت عدم پاسخدهی)، در راستای مطالعات موجود در این زمینه (برای مثال؛ دالگلیش و همکاران، ۲۰۰۳)، کد گذاری گردید. لازم به ذکر است که فقط داده‌های مربوط به خاطرات اختصاصی وارد تحلیل و بررسی گردید.

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

### شیوه 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 جلسه ۱ ساعته انجام پذیرفت. آزمودنی در اتاقی آرام و بدون هیچ گونه مزاحمتی، در مقابل آزمایشگر یا مصاحبه کننده بر روی صندلی نشسته و به سوالات پاسخ داد.

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

به دو گروه هدف (گروه هدف قبلا توسط روانپزشک بخش، تشخیص PTSD گرفته بودند) و گروه Non-PTSD، مقیاس IES-R (برای سنجش نشانه‌های PTSD)، ارائه گردید. آزمون افسردگی و اضطراب بک، آزمونها 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. در جلسه دوم با فاصله یک روز شرکت کنندگان، آزمون حافظه شرح حال



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

\* معنادار در سطح ۰/۰۵ (دو دامنه).

جدول ۱. آمار توصیفی و مقایسه گروهها براساس سن، IQ، افسردگی و اضطراب

(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 بدست آمد. با اجرای IES-R، مشخص شد که در بین گروههای دارای سابقه مواجهه با تروما، گروه هدف ملاکهای این آزمون را در حد بالایی تامین کرده و در هر سه خرده مقیاس این آزمون نسبت به گروه Non-PTSD نمرات بالاتری کسب نمودند (جدول ۲). برای آزمون فرضیه اول این مطالعه (رزمندگان مبتلا به PTSD جنگ، نسبت به رزمندگان غیر مبتلا

(AMT) پاسخ دادند (به بخش ابزار مراجعه شود). اجرای آزمونها در دو گروه گروه کنترل در یک جلسه ۱ ساعته برگزار شد.

### یافته ها

در این مطالعه، 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 گروههای اضطراب و افسردگی، اثر این متغیرها بر حافظه شرح حال معنادار بدست نیامد. بنابراین، از تحلیل کنار گذاشته شده و برای تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس یکراه

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

جدول ۲. آمار توصیفی گروههای دارای سابقه مواجهه با تروما در IES-R



گروه‌ها	تعداد	میانگین	انحراف معیار	خطای معیار میانگین	F	سطح معناداری
کنترل	۲۵	۸/۲۴	۱/۲	۰/۲۴	۲۴۹/۶۹۱	**۰/۰۰۰
PTSD AMT	۲۵	۱/۶۴	۰/۹۹	۰/۱۹		
Non-PTSD	۲۵	۶/۲	۱	۰/۲۰		

جدول ۳. آمار توصیفی و مقایسه میانگین گروه‌ها در AMT \*\* معنادار در سطح ۰/۰۱ (دو دامنه).

آزمون تعقیبی بونفرونی نشان داد که عملکرد هر سه گروه در آزمون حافظه شرح حال (AMT) با یکدیگر تفاوت معناداری دارد. بنابراین، در بین گروه‌های کنترل، عملکرد افراد عادی و افراد Non-PTSD دارای تفاوت معنادار می‌باشد. این نتایج با یافته‌های مطالعه دالگلیش و همکاران (۲۰۰۷)، مرادی و همکاران (۲۰۰۸)، ویلیامز و همکاران (۲۰۰۷) کویکن و بروین (۱۹۹۵)، کانگاس و همکاران (۲۰۰۵)، بروین (۲۰۰۷) و ... همسو می‌باشد.

- چندین تبیین محتمل را میتوان در مورد نتایج حاضر ارائه کرد؛

**فرضیه کنترل اجرایی،** پیش بینی کننده عملکرد کلی ضعیفتر در تکالیف شناختی که مستلزم تلاش هستند، می‌باشد. این فرضیه بیان میکند که کاهش اختصاصی بودن حافظه در نمونه‌های دارای اختلال هیجانی، به عنوان نمونه‌های از عملکرد ضعیف در تکالیف شناختی، ناشی از کنترل اجرایی تقلیل یافته می‌باشد (دالگلیش و همکاران، ۲۰۰۷؛ ویلیامز و همکاران، ۲۰۰۷). در تشریح این فرضیه چنین مطرح شده است؛ تولید موفقیت آمیز خاطره نیازمند دو مولفه است:

(۱) کنترل اجرایی در پی جستجوی خاطره اختصاصی از میان پایگاه داده‌ای حافظه شرح حال می‌باشد. در طول این جستجو، خاطراتی به ذهن

به PTSD و افراد عادی عملکرد پایینتری در حافظه شرح حال رویدادی دارند)، نمرات هر سه گروه در AMT مورد مقایسه قرار گرفت. همانگونه که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، در AMT (جنبه رویدادی حافظه شرح حال) بین عملکرد گروه‌ها در این آزمون تفاوت معناداری مشاهده میشود (P: ۰/۰۱). آزمون تعقیبی بونفرونی نشان داد که این تفاوت بین هر سه گروه معنادار می‌باشد. بنابراین، فرضیه اول تایید گردید.

فرضیه دوم بیان می‌کرد که بین شدت PTSD اختصاصی بودن حافظه شرح حال رویدادی رابطه منفی وجود دارد. در جدول ۴. همبستگی جزئی میان عملکرد گروه آزمایش در AMT و خرده مقیاس‌های IES را مشاهده می‌کنید. در AMT به ترتیب؛ خرده مقیاس اجتناب، علائم آزار دهنده و بیشانگی‌خستگی بیشترین مقدار رابطه منفی را با AMS<sup>۱</sup> دارا می‌باشند (p: ۰/۰۵). بنابراین فرضیه دوم نیز تایید می‌گردد.

### بحث

در این بخش فقط خاطرات اختصاصی وارد تحلیل شدند. نتایج نشان داد افراد مبتلا به PTSD در مقایسه با دو گروه دیگر، قادر به یادآوری خاطرات رویدادی اختصاصی کمتری از حافظه می‌باشند.

Hyper-arousal	Avoidance	Intrusion	حافظه شرح حال (رویدادی)
* -۰/۰۷۶	* -۰/۲۵۸	* -۰/۱۸۹	AMT

\* معنادار در سطح ۰/۰۵ (دو دامنه)

جدول ۴. همبستگی جزئی (partial correlation) AMS و خرده مقیاس‌های IES-R



میکنند 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 یافته‌تری 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 کاهش یافتگی (هرمنز و همکاران، ۲۰۰۴) 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، کاهش یافته‌تری نشان می‌دهند (کانگاس و همکاران، ۲۰۰۵).

همچنین؛ براساس این فرضیه، مفهوم سازهایی 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 حافظه کاری، ممانعت از دستیابی به مواد شرح حال به عنوان شکلی از اجتناب کارکردی می‌باشد.

در تبیین این نتایج، و بنابر فرضیه تعدیل اثر افراد مبتلا به PTSD بواسطه راهبرد شناختی که برای کاهش اثرات تروما به کار می‌گیرند، در بازیابی از حافظه شرح حال کمتر اختصاصی عمل کرده و در پاسخ به تکلیف خاطرات کلی ارائه میدهند. همچنین، در میان افراد دارای سابقه مواجهه با

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 بطور 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 ضعیفتر باعث شود فرآیند جستجو بطور 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 قبل از WAIS عملکرد برابری داشته‌اند. بنابراین، نقص در یادآوری شخصی رویدادی که در اینجا ذکر گردید، نقش تبیینی این فرضیه را کم رنگ میکند.

همچنین، یافته‌های این مطالعه نشان داد که بین اختصاصی بودن خاطرات در AMT (رویدادی) و نشانه‌های درماندگی پس از سانحه (خرده مقیاسهای سه گانه IES-R؛ اجتناب، برانگیختگی بیش از حد و علائم آزار دهنده) رابطه منفی وجود دارد. به عبارت دیگر، 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.

فرضیه تعدیل اثر (ویلیامز و همکاران، ۲۰۰۷) بیان





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 Autobiographical Memory Interview*. Bury St. Edmunds, UK: Thames Valley Test Company.

Kuyken, W., & Brewin, C. R. (1995). Autobiographical memory functioning in depression and reports of early abuse. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 585-591.

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.

تروما، آنهایی که تجربه تروما، درماندگی کنونی بیشتری برایشان به همراه دارد، دارای نواقص بیشتری در حافظه شرح حال اختصاصی می‌باشند. از آنجاییکه وضعیت 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 در بررسی حاضر نسبت داد، زیرا نمونه‌های مورد بررسی از لحاظ بهره هوشی و سن هم‌متا شده‌اند.

## References

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.



Moradi, A.R., Herlihy, J., Yasseri, G., Shahraray, M., Turner, S., & Dalgleish, T. (2008). Specificity of episodic and semantic aspects of autobiographical memory in relation to symptoms of posttraumatic stress disorder (PTSD). *Acta Psychologica* 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., & Dalgleish, 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.