

مقاله پژوهشی اصیل

عملکرد حافظه سرگذشتی در بیماران دچار اختلال شخصیت مرزی

اشرف اکبری دهقی^۱

کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی انستیتو
روانپزشکی تهران

دکتر علی اصغر اصغرنژاد

استادیار دانشگاه علوم پزشکی ایران

دکتر بنفشه غرایبی

استادیار دانشگاه علوم پزشکی ایران

هدف: هدف این پژوهش مقایسه عملکرد حافظه رویدادی بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی با گروه غیر بیمار بوده است. **روش:** در یک مطالعه پس‌رویدادی مقطعی، ۱۵ بیمار زن با تشخیص اختلال شخصیت‌مرزی پس از اجرای پرسشنامه تشخیصی SCID-II با ۱۵ نفر از افراد غیربیمار با آزمون بازیابی حافظه سرگذشتی مورد بررسی قرار گرفتند. برای تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی، آزمون t نمونه‌های مستقل و آزمون همبستگی استفاده شد. **یافته‌ها:** این بررسی نشان داد که بین تأخیر زمانی در بازیابی از حافظه شخصی در دو گروه تفاوت معناداری وجود ندارد. بین اختصاصی بودن در پاسخ به محرک واژه‌های ارائه شده و همین‌طور بین تعداد کلمات به‌کاررفته در پاسخ به محرک واژه‌های ارائه شده بین گروه بیمار و کنترل تفاوت معنادار وجود دارد. **نتیجه‌گیری:** بازیابی از حافظه به صورت بیش‌کلی‌گرا در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی احتمالاً روشی برای جلوگیری از رفتارهای خودصدمه‌رسان است که از طریق اجتناب از خاطرات آسیب‌زا صورت می‌گیرد و بیش‌کلی‌گرایی عملکردی انطباقی برای فرد دارد.

کلیدواژه‌ها: حافظه سرگذشتی، اختلال شخصیت مرزی، بازیابی از حافظه

مقدمه

اختلال شخصیت مرزی^۲ دارای یک الگوی فراگیر بی‌ثباتی در روابط بین فردی، خودانگاره و عواطف، همراه تکانش‌گری بارز است که از اوایل بزرگسالی شروع می‌شود. زمینه‌های بروز این اختلال متفاوت و با ویژگی‌های آشفتنگی و حالت‌های هیجانی اضطراب، خشم، افسردگی و رفتارهای خطرناک مانند آسیب رساندن به خود و سوء‌مصرف دارو همراهی دارد (انجمن روان‌پزشکی آمریکا^۳، ۲۰۰۰). شیوع اختلال شخصیت مرزی در جمعیت عمومی ۱ تا ۲ درصد (همان‌جا) و میزان خودکشی در افراد مبتلا به آن حدود ۱۰ درصد می‌باشد (پاریس^۴، ۲۰۰۲؛ استون^۵، ۱۹۹۳). این اختلال از لحاظ میزان خودکشی قابل مقایسه

با دیگر اختلالات روان‌پزشکی مانند افسردگی اساسی و اسکیزوفرنیاست. ۶۹ تا ۷۵ درصد از افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی رفتارهای آسیب‌رسانی به خود نیز دارند (کلارکین^۶ و همکاران^۷، ۱۹۸۳؛ به نقل از کلارکین، ۱۹۹۶؛ کودری^۸، پیکار^۹ و داویس^۹، ۱۹۸۵). تعداد زنان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی دو برابر مردان مبتلا به این اختلال (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۰۰)، میزان رها کردن درمان در آنها بسیار بالا و میزان بهبودشان متغیر است (کلارکین، ۱۹۹۶) و فقط تعداد کمی از آنها به درمان‌های دارویی روان‌پزشکی^{۱۰} پاسخ می‌دهند (سلف^{۱۱}، ۲۰۰۰). پژوهش‌ها بیشتر به چگونگی کنترل و مدیریت نوسانات خلقی، آموزش روابط بین‌فردی و کنترل رفتارهای

2- Borderline Personality Disorder

3- American Psychiatric Association

4- Paris

5- Stone

6- Clarkin

7- Cowdry

8- Pickar

9- Davies

10- psychopharmacological

11- Soloff

۱- نشانی تماس: ستارخان، خیابان نیاپش، انستیتو روان‌پزشکی تهران.

Email: akbarydehaghi@yahoo.com

کلی گرای» و ناکارآمدی حل مسأله رابطه وجود دارد. به لحاظ نظری، «بیش کلی گرای» می تواند با یادآوری از حافظه شخصی و در نتیجه ناکارآمد کردن فرآیند حل مسأله، فرد را به سوی اقدام به خودکشی سوق دهد (کاوایانی و همکاران، ۱۳۷۸).

حافظه اختصاصی، تأثیر اختلال خلق منفی را روی اجرای حل مسأله متعادل می کند (ویلیامز، بارن هوفر^{۲۱}، کرانه^{۲۲} و بک^{۲۳}، ۲۰۰۵) و حافظه بیش کلی گرا با تأخیر بهبود در دوره هایی از اختلالات عاطفی ارتباط دارد (دالگلیش^{۲۴}، اسپینکز^{۲۵}، ییند^{۲۶} و کوپکن^{۲۷}، ۲۰۰۱). این اختلال یک پدیده مهم به نظر می رسد، زیرا حتی اگر اختلال هیجانی در دوره ای وجود نداشته باشد، حافظه بیش کلی گرا با تاریخچه ای از آن اختلال هیجانی باقی می ماند (مکینگر^{۲۸}، لوشین^{۲۹} و لیسدر^{۳۰}، ۲۰۰۰).

مطالعه حافظه سرگذشتی به شیوه پژوهش حاضر، اول بار به وسیله ویلیامز و برودبنت (۱۹۸۶) در برخی از بیماران خودکشی - کننده دچار اختلالات هیجانی انجام شد. این گروه بر خلاف گروه سالم، به بازیابی حافظه بیش کلی گرا تمایل داشت و مخصوصاً در برابر محرک واژه های مثبت اغلب خاطرات را به صورت خلاصه و در حالی بازیابی می کرد که به هیچ واقعه یا رویداد خاصی ارجاع نمی شد. در راستای همان پژوهش ویلیامز و دریتشل (۱۹۸۸)؛ ایوانز و همکاران (۱۹۹۲)؛ ویلیامز و همکاران (۱۹۹۶) و پولوک^{۳۱} و ویلیامز (۲۰۰۱) به نتایج مشابه دست پیدا کردند. کاوایانی و همکاران (۱۳۷۸) و کاوایانی (۱۳۸۴) حافظه سرگذشتی و فرآیند مسأله گشایی را در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی، بیماران اقدام کننده به خودکشی و گروه شاهد بررسی

بحرانی پرداخته و به بخش شناختی این اختلال (قسمتی که باعث بروز رفتار انسان می شود) کمتر توجه کرده اند.

مقایسه نحوه پردازش شناختی در افراد دچار آسیب شناسی روانی و افراد بهنجار دارای اهمیت زیادی است، زیرا در برخی از آسیب شناسی های روانی مؤلفه هایی از پردازش شناختی (مانند احساس، ادراک، توجه، حافظه یا بروز هیجانات) دچار نقص شده و به دنبال آن توانایی بیمار برای انجام عملکردهای سازگارانه مختل می شود. به این دلیل، پژوهش حاضر بر حافظه متمرکز است، خصوصاً حافظه رویدادی^۱ که به خاطرات و مسایلی برمی گردد که فرد ضبط کرده است. سیستم حافظه آشکار^۲ را می توان به حافظه معنایی^۳ و رویدادی تقسیم کرد (شاختر^۴، ۱۹۹۲). حافظه رویدادی یا حافظه سرگذشتی^۵ تجارب تجارب گذشته را ثبت می کند (شاختر، واگنر^۶ و بوکتر^۷، ۲۰۰۰) و در آن رمزگردانی خصوصیات مکان، زمینه و زمان انجام (شاختر و همکاران، ۲۰۰۰) و به دو صورت اختصاصی^۸ و بیش کلی گرا^۹ بازیابی می شود. یک خاطره خاص به ویژگی ها و شخصیت تجربه شده مرتبط با وقایع یک روز خاص برمی گردد (مانند دو ماه پیش، شنبه ظهر دوستم را در نمایشگاه دیدم) و حافظه بیش کلی گرا به وقایع تکراری (مانند هر وقت من با همسرم به سینما می رفتیم...) یا وقایعی که به یک دوره طولانی مربوط می شود (مانند زمانی که من در شمال زندگی می کردم...) ارجاع می گردد (دی دکر^{۱۰}، هرمنز^{۱۱}، ریز^{۱۲} و ایلن^{۱۳}، ۲۰۰۳).

تأخیر زمانی^{۱۴} به زمانی اطلاق می شود که فرد مکث می کند تا خاطره خود را به صورت خاص یا بیش کلی گرا بازیابی کند. حافظه بیش کلی گرا بر فرآیند حل مسأله اثر تخریبی و مختل کننده دارد (ویلیامز^{۱۵} و برودبنت^{۱۶}، ۱۹۸۶؛ ویلیام و دریتشل^{۱۷}، ۱۹۸۸). از آنجا که تعریف مسأله و تولید راه حل های جایگزین نیاز به توانایی کافی برای استفاده از بانک اطلاعاتی حافظه دارد، نقص در این توانایی منجر به اختلال و ناکارآمدی در فرآیند حل مسأله می شود (کاوایانی، رحیمی و نقوی، ۱۳۷۸). ایوانز^{۱۸}، ویلیامز، اولافلین^{۱۹} و هاووز^{۲۰} (۱۹۹۲) با یک مطالعه تجربی نشان دادند که در بازخوانی از حافظه شخصی، بین گرایش به «بیش -

- | | |
|----------------------------|--------------------|
| 1- episodic memory | 2- explicit memory |
| 3- semantic memory | 4- Schacter |
| 5- autobiographical memory | 6- Wagner |
| 7- Buckner | 8- specific |
| 9- overgeneral | 10- de Decker |
| 11- Hermans | 12- Raes |
| 13- Eelen | 14- latency |
| 15- Williams | 16- Broadbent |
| 17- Dritschel | 18- Evans |
| 19- O'Loughlin | 20- Howells |
| 21- Barnhofer | 22- Creane |
| 23- Beck | 24- Dalgleish |
| 25- Spinks | 26- Yiend |
| 27- Kuyken | 28- Mackinger |
| 29- Loschin | 30- Leibetseder |
| 31 - Pollock | |

اشرف اکبری دهقی و همکاران

۱. میانگین تأخیر زمانی در یادآوری از حافظه شخصی در پاسخ به محرک‌ها و واژه‌های خوشایند، ناخوشایند و خنثی در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی بیشتر از گروه غیربیمار است.
۲. میانگین اختصاصی بودن (براساس کلی - جزئی بودن) پاسخ به محرک‌ها و واژه‌های خوشایند، ناخوشایند و خنثی در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی کمتر از گروه شاهد است.
۳. میانگین تعداد کلمات به کاررفته در حافظه شخصی بازخوانی شده در پاسخ به محرک‌ها و واژه‌های خوشایند، ناخوشایند و خنثی در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی کمتر از گروه شاهد است.

روش

مطالعه حاضر نوعی مطالعه پس رویدادی - مقطعی و روش نمونه‌گیری غیر تصادفی و در دسترس است.
نمونه بیماران (۱۵ زن) از بین زنان بیمار پذیرفته شده در بخش روان‌پزشکی بیمارستان حضرت رسول (ص)، درمانگاه‌های روان‌پزشکی و مراکز مشاوره انتخاب شدند. این زنان به وسیله اعضای هیأت علمی روان‌شناس بالینی یا روان‌پزشک، با استفاده از مصاحبه نیمه ساختاریافته در محور II (بر اساس DSM-IV) تشخیص اختلال شخصیت مرزی گرفته بودند. بیش از نیمی از این بیماران یا اقدام به خودکشی کرده بودند یا رفتارهای تهدید به خودکشی داشتند. آزمودنی‌های غیربیمار (۱۵ زن) از جمعیت عمومی که از لحاظ سن، جنس و میزان تحصیلات، وضعیت تأهل و وضعیت شغلی با گروه بیمار هم‌تاسازی شده بودند، به صورت غیر تصادفی و به ترتیب در دسترس بودن انتخاب شدند. در مورد نداشتن سابقه بیماری روان‌شناختی در پرسشنامه مشخصات جمعیت‌شناختی اطمینان حاصل شد.

کردند. نتایج نشان داد که گروه بیمار به واژه‌های خوشایند، کندتر و به واژه‌های ناخوشایند، سریع‌تر پاسخ می‌دهد. همچنین، بازخوانی حافظه شخصی گروه بیمار در واکنش به واژه‌ها (صرف‌نظر از حالت خوشایند، ناخوشایند و خنثی بودن آنها) «بیش کلی‌گرا» بود. نتایج پژوهش هرد،^۱ استارتاپ^۲، سوالس^۳، سوالس^۳، ویلیامز و جونز^۴ (۱۹۹۹) نشان داد که حافظه بیش‌کلی - کلی‌گرا در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی که دارای علائم گسستگی هستند، بیشتر به چشم می‌خورد و این افراد در مقابل کلید واژه‌های منفی، بیشتر خاطرات سرگذشتی بیش‌کلی - گرا تولید می‌کنند.

در پژوهش دیگری نیز استارتاپ، هرد، اسوالز و جونز (۲۰۰۱) دریافتند که افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی در آزمون محرک‌ها و واژه‌های دارای محتوای منفی کمتر پاسخ «خاص» می‌دهند و بیان می‌کنند که در بازیابی حافظه رویدادی، ضعف در پاسخ خاص دادن، به پیش‌بینی افزایش تعداد رفتارهای خودکشی‌گرایانه یا رفتارهای تهدید به خودکشی در این افراد کمک می‌کند. آرنتر^۵، میرن^۶ و وسل^۷ (۲۰۰۲) با مطالعه اولیه در ۱۰ بیمار اختلال شخصیت مرزی نشان دادند که در این بیماران خاطرات سرگذشتی بیش‌کلی‌گرا مشاهده نمی‌شود. مک‌نالی^۸، لاسکو^۹، مک‌لین^{۱۰} و پیتمن^{۱۱} (۱۹۹۵) دریافتند که افراد مبتلا به اختلال پس از استرس آسیب‌زا^{۱۲} (PTSD)، در پاسخ به محرک‌ها و واژه‌های مثبت یا خنثی در بازیابی خاطره‌های شخصی «خاص» مشکلاتی دارند.

در این پژوهش، حافظه رویدادی بر اساس آزمون بازیابی خاطرات سرگذشتی^{۱۳} (AMRT) سنجیده شد. عملکرد بازخوانی داده‌ها از حافظه رویدادی که شامل تأخیر زمانی، اختصاصی بودن (بر اساس کلی - جزئی بودن) و تعداد کلمات به کاررفته در پاسخ به محرک‌ها و واژه‌ها (خوشایند، ناخوشایند و خنثی) است، به وسیله آن مورد سنجش قرار گرفت.

با توجه به آنچه گفته شد، در پژوهش حاضر، حافظه سرگذشتی بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی با گروه غیربیمار مقایسه و فرضیه‌های زیر بررسی شد:

1- Heard	2- Startup
3- Swales	4- Jones
5- Arntz	6- Meeren
7- Wessel	8- McNally
9- Lasko	10- Macklin
11- Pitman	12- Post-Traumatic Stress Disorder
13- Autobiographical Memory Retrieval Test	

غیرروان‌پزشکی توافق بین ارزیابان به‌طور قابل‌ملاحظه‌ای کمتر و کاپای کلی ۰/۳۸ گزارش شد (فرست و همکاران، ۱۹۹۷).

روایی محتوایی^{۱۱} نسخه ترجمه شده آزمون در ایران در پژوهش بختیاری (۱۳۷۹) تأیید شد و ضریب پایایی این آزمون نیز با استفاده از روش بازآزمایی به فاصله یک هفته ۰/۸۷ به دست آمد.

آزمون بازیابی خاطرات سرگذشتی: این آزمون را که دارای ۱۵ محرک‌واژه با بار هیجانی خوشایند، خنثی و ناخوشایند است، ویلیامز و برودبنت (۱۹۸۶) ساخته‌اند. ترتیب ارائه‌ی واژه‌های خوشایند، خنثی، ناخوشایند به‌صورت متوازن^{۱۲} است. آزمون پس از شنیدن هر واژه می‌بایست نخستین رویدادی را که به ذهنش می‌رسد، بگوید. طول زمان رویداد مورد نظر نمی‌بایست بیشتر از یک روز باشد. اندازه‌گیری تأخیر زمانی در پاسخ‌گویی، درجه‌بندی کمی و میزان اختصاصی - بیش‌کلی‌گرا بودن محتوای پاسخ‌ها بر پایه مقیاس ۱۰-۰ (صفر برای بیش‌کلی‌گرایی کامل و ۱۰ برای اختصاصی بودن کامل) انجام شد. ارزیاب برای کمی‌سازی محتوای سخن از فهرست و ارسسی^{۱۳} دارای معیارهای زمان (تاریخ، روز، ماه، فاصله زمانی و مدت زمان)، مکان (نام و جزئیات مکان)، اشخاص (جنس، نام، نسبت و سن)، اشیا (نام شیء، شکل و رنگ) و موقعیت (جشن، عزا و عید) استفاده کرد. پاسخ‌ها روی نوار ضبط شد و سپس ارزیاب دوم بدون آگاهی از وضعیت آزمودنی، دوباره به ارزیابی آن پرداخت. نمره نهایی، میانگین نمره‌های دو ارزیاب بود (ویلیامز به نقل از کاویانی، ۱۳۸۴). این آزمون را کاویانی و همکاران (۱۳۷۸) اعتباریابی کرده‌اند.

اجرا

در این پژوهش عملکرد حافظه رویدادی بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی با گروه غیربیمار مقایسه شد. بیماران به وسیله اعضای هیأت علمی روان‌شناسی بالینی و روان‌پزشکی به

معیارهای ورود آزمودنی‌های بیمار عبارت بود از سن بالای ۱۸، پذیرش در بیمارستان یا درمانگاه و داشتن تشخیص اختلال شخصیت مرزی در محور II. معیارهای خروج آزمودنی‌های غیربیمار عبارت بود از داشتن اختلال افسردگی عمده^۱، اسکیزوفرنیا، وسواس فکری-عملی و اختلال دوقطبی، طبق معیارهای DSM-IV (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۰۰)، براساس تشخیص روان‌شناس بالینی یا روان‌پزشک، دارا بودن ضایعات مغزی شناخته‌شده، درمان با تشنج الکتریکی^۲ (ECT) در طی شش ماه گذشته و داشتن ملاک‌های سوء مصرف مواد (بر اساس مدارک موجود در پرونده).

ابزار پژوهش

در این پژوهش از پرسشنامه مشخصات جمعیت‌شناختی، مصاحبه نیمه‌ساختاریافته تشخیصی، مصاحبه بالینی ساختاریافته^۳ برای محور (SCID-II)، و آزمون بازیابی خاطرات سرگذشتی استفاده شد.

پرسشنامه مشخصات جمعیت‌شناختی: پرسشنامه‌ای محقق-ساخته و شامل اطلاعات جمعیت‌شناختی پایه (مانند سن، میزان تحصیلات، وضعیت تأهل، وضعیت شغلی، سابقه مراجعه به روان‌شناس یا روان‌پزشک) است.

مصاحبه بالینی ساختاریافته DSM-IV برای محور II: این ابزار یک مصاحبه تشخیصی نیمه‌ساختاریافته می‌باشد که فرست^۴، گیبون^۵، اسپیتزر^۶، ویلیامز و بنجامین^۷ (۱۹۹۷) برای سنجش ۱۰ اختلال شخصیت محور II، براساس DSM-IV و همچنین اختلال شخصیت منفعل-پرخاشگر تدوین کرده‌اند. با این ابزار می‌توان محور II را به دو شکل طبقه‌بندی^۸ (وجود داشتن یا نداشتن اختلال شخصیت) یا ابعادی^۹ (توجه به ملاک‌های اختلال شخصیت) تشخیص داد (همان‌جا).

در رابطه با پایایی^{۱۰} SCID-II مطالعاتی شده است که همگی پایایی بالای این آزمون را نشان داده‌اند. ضریب کاپا برای بیماران از ۰/۲۴ برای اختلال شخصیت وسواسی تا ۰/۷۴ برای اختلال شخصیت نمایشی (با کاپای کلی ۰/۵۳) متغیر بود، و برای بیماران

1- Major Depressive Disorder
2- Electroconvulsive Therapy
3- Structured Clinical Interview
4- First
5- Gibbon
6- Spitzer
7- Benjamin
8- categorical
9- dimensional
10- reliability
11- content validity
12- counterbalanced
13- Checklist

فرضیه اول پیش‌بینی کرده بود که «میانگین تأخیر زمانی بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی در یادآوری از حافظه شخصی، در پاسخ به محرک‌ها و واژه‌های خوشایند بیشتر از گروه غیربیمار است». در مورد این فرضیه میانگین و سپس آزمون t در نمونه‌های مستقل محاسبه شد که در جدول ۲ آمده است. نتایج نشان داد که تفاوت میانگین تأخیر زمانی در یادآوری از حافظه شخصی، در پاسخ به محرک‌ها و واژه‌های خوشایند، خنثی و ناخوشایند در دو گروه معنادار نمی‌باشد.

در فرضیه دوم پیش‌بینی شده بود که «میانگین اختصاصی بودن پاسخ به محرک‌ها و واژه‌های خوشایند، خنثی و ناخوشایند (بر اساس کلی-جزئی بودن) در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی کمتر از گروه شاهد است». در مورد این فرضیه نیز میانگین و آزمون t در نمونه‌های مستقل محاسبه شد که در جدول ۲ آمده است. نتایج نشان داد که میانگین اختصاصی بودن در یادآوری از حافظه شخصی، در پاسخ به محرک‌ها و واژه‌های خوشایند در سطح $p < 0/05$ در گروه بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی کمتر از گروه بهنجار است. این میانگین در پاسخ به محرک‌ها و واژه‌های خنثی در سطح $p < 0/05$ و در پاسخ به محرک‌ها و واژه‌های ناخوشایند در سطح $p < 0/01$ کمتر از گروه بهنجار بود.

نتایج آزمون این فرضیه نشان داد که بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی در بازخوانی از حافظه شخصی کلی‌گرا بودند، در حالی که گروه بهنجار پاسخ‌های اختصاصی تری می‌دادند. واکنش گروه بیمار به واژه‌های ناخوشایند در مقایسه با واژه‌های خوشایند بیش کلی‌گراتر و نسبت به هر دو محرک‌ها و واژه‌ها، بیش کلی‌گراتر از واکنش به محرک‌ها و واژه‌های خنثی بود. گروه غیربیمار در واکنش به محرک‌ها و واژه‌ها در هر سه حالت تقریباً به یک میزان مطالب اختصاصی تری به یاد آورد.

در فرضیه سوم پیش‌بینی شده بود که «میانگین تعداد کلمات به کاررفته در حافظه بازخوانی شده در پاسخ به محرک‌ها و واژه‌های خوشایند، خنثی و ناخوشایند در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی کمتر از گروه بهنجار است». نتایج جدول ۳ نشان داد که

مکان‌هایی که در روش نمونه‌گیری ذکر شد، معرفی شدند و پس از بررسی معیارهای ورود و خروج و نیز بعد از گرفتن رضایت‌نامه کتبی از آنها، مشخصات جمعیت‌شناختی‌شان (نظیر سن، جنس، میزان تحصیلات، شغل و وضعیت تأهل) گردآوری شد. در ادامه ابتدا آزمون AMRT براساس دستورعمل کایوانی و همکاران (۱۳۷۸) برای بیماران توضیح داده شد و پس از کسب اطمینان از توجه بیمار (با ذکر چند مثال)، آزمون آغاز و واژگان خوشایند، خنثی و ناخوشایند که به صورت متوازن در فهرستی قرار گرفته بودند، یک به یک ارائه و محتوای کلام بیمار ضبط گردید. فاصله زمانی میان ارائه واژه و ذکر اولین کلمه خاطره اختصاصی بیمار به وسیله زمان‌سنج^۱ تعیین و ثبت شد. در صورت عدم پاسخ‌دهی، بیمار تا دو بار به وسیله مجری طرح به پاسخ‌دهی ترغیب می‌شد و اگر در مدت ۶۰ ثانیه به واقعه‌ای اشاره نمی‌کرد، این زمان به عنوان مدت تأخیر ثبت و واژه بعدی ارائه می‌گردید. تجزیه و تحلیل آماری داده‌های این پژوهش با آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و مقایسه میانگین‌های دو گروه در پاسخ به محرک‌ها و واژه‌ها و تعیین سطح معناداری آن با آزمون t انجام شد. برای بررسی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و همسازی دو گروه بیمار و غیربیمار آزمون U من-ویتنی^۲ و برای همسازی دو دست‌آوردن معنادار بودن همبستگی نمره‌گذاری دو ارزیاب، آزمون همبستگی پیرسون^۳ به کار رفت.

یافته‌ها

مشخصات جمعیت‌شناختی گروه‌ها در جدول ۱ آمده است. مقایسه کلی عوامل تأخیر زمانی، اختصاصی بودن و تعداد کلمات، بدون در نظر گرفتن نوع کلمات ارائه شده (جدول ۳) نیز نشان می‌دهد که در حالت کلی دو گروه در عامل تأخیر زمانی تفاوت معناداری ندارند، ولی در اختصاصی بودن بازیابی خاطرات و تعداد کلمات بیان شده تفاوت معنادار است و گروه غیربیمار خاطرات اختصاصی بیشتری را بازیابی کرده و در بیان خاطرات از تعداد کلمات بیشتری استفاده کرده است.

1- chronometer

2- Mann-Whitney U test

3- Pearson's correlation

جدول ۱- توزیع فراوانی و درصدی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی دو گروه (n=30)

گروه	بیمار		غیربیمار	
	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی
سن	۱۸-۲۰	۲	۱۳/۳	۶
	۲۱-۲۵	۱۲	۸۰	۷
	۲۶-۳۰	-	-	۱
	۳۱-۳۵	۱	۶/۸	۱
شغل	شاغل	۵	۳۳/۳	۳
	بیکار	۹	۶۰	۱۰
	محصل	۱	۶/۷	۲
	مجرد	۱۳	۸۶/۷	۱۴
وضعیت تأهل	متاهل	۲	۱۳/۳	۱
	زیردیلیم	۲	۱۳/۳	۱
	دیلیم	۹	۶۰	۱۰
	دانشجو و لیسانس	۳	۲۰	۳
وضعیت تحصیلی	فوق لیسانس	۱	۶/۷	۱

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار و نتایج آزمون t در نمونه‌های مستقل برای عملکرد حافظه سرگذشتی در گروه بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی با گروه غیربیمار (df = 28)

سطح معناداری	t	گروه بیمار		گروه سالم	
		میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)
					تأخیر زمانی
NS	-۱/۱۳	(۲۱/۴۸) ۳۷/۶۰	(۳۶/۳۳) ۴۹/۹۳		خوشایند
NS	-۰/۳۵	(۳۳/۶۵) ۴۷/۹۶	(۲۹/۴۰) ۵۲/۱		خنثی
NS	-۱/۷۰	(۱۴/۶۴) ۲۹/۳۳	(۴۵/۷۲) ۵۰/۴۳		ناخوشایند
					اختصاصی بودن
۰/۰۵	-۱/۸۹	(۳۹/۹۳) ۴۴/۶۶	(۵۶/۱۸) ۸۷/۸۳		خوشایند
۰/۰۵	-۲/۲۵	(۳۰/۹۳) ۲۹	(۶۲/۰۸) ۶۹/۳۳		خنثی
۰/۰۱	-۲/۷۳	(۳۹/۹۹) ۳۵/۹۳	(۴۶/۹۶) ۷۹/۴۰		ناخوشایند
					تعداد کلمات
۰/۰۰۵	-۲/۶۳	(۴۲/۰۹) ۷۵/۴۶	(۷۵/۳۴) ۱۳۴/۲۷		خوشایند
۰/۰۵	-۱/۵۱	(۶۱/۲۷) ۷۹/۹۳	(۸۸/۲۷) ۱۳۸/۱۳		خنثی
۰/۰۵	-۲/۰۵	(۴۹/۹۱) ۸۸/۳۳	(۷۷/۲۲) ۱۱۸/۴۰		ناخوشایند

سطح $p < 0/05$ و همچنین در پاسخ به محرک‌واژه‌های ناخوشایند در سطح $p < 0/05$ معنادار و کمتر از گروه بهنجار است.

تفاوت میانگین تعداد کلمات به کاررفته در یادآوری از حافظه شخصی، در پاسخ به محرک‌واژه‌های خوشایند در سطح $p < 0/005$ ، در پاسخ به محرک‌واژه‌های خنثی در

به گروه غیربیمار از تعداد کلمات کمتری استفاده کردند که این نتیجه نیز مشابه نتایج پژوهش رحیمی در آباد (۱۳۷۸ و ۱۳۷۹) در بیماران افسرده خودکشی کننده است. تبیین این فرضیه می تواند به تبیین فرضیه دوم بسیار شبیه باشد، زیرا هنگام بیان اختصاصی خاطره از تعداد کلمات بیشتری برای توضیح استفاده می شود و از آنجا که افراد غیربیمار در بازیابی از حافظه اختصاصی به طور معنادار بهتر عمل کردند، تعداد کلمات بیشتری نیز به کار بردند.

نتایج پژوهش ها نشان می دهد که در بازیابی اختصاصی خاطرات از حافظه سرگذشتی در بیماران مبتلا به PTSD (مک-نالی و همکاران، ۱۹۹۵)، بیماران مبتلا به اختلال افسردگی عمده (پولوک و ویلیامز، ۲۰۰۱؛ کاویانی و همکاران، ۱۳۷۸؛ کاویانی، رحیمی در آباد و نقوی، ۲۰۰۵)، بیماران دچار اختلال دوقطبی (اسکات^۱، استانتون^۲، گارلند^۳ و فریر^۴، ۲۰۰۰)، افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی که دچار اختلال افسردگی همراه نیز هستند (ویلهم^۵، مک نالی، بایر^۶ و فلورین^۷، ۱۹۹۷) دچار نقص است. در اختلالاتی مانند اختلال اضطراب فراگیر (بارک^۸ و متیوز^۹، ۱۹۹۲) و نیز در گروه های مختلفی از بیماران دچار اختلال اضطرابی (وسل^{۱۰}، میرن، پیترز^{۱۱}، آرنتز و مرکلباخ^{۱۲}، ۲۰۰۱) پدیده حافظه بیش کلی گرا مرتبط نبود.

بازخوانی از حافظه شخصی می تواند فرآیند حل مسأله را تسهیل کند (ویلیامز و هولان^{۱۳}، ۱۹۸۱). به لحاظ نظری، در حقیقت فرد هنگام مواجهه با یک مسأله به خاطرات شخصی خود که در حافظه اش ثبت شده، مراجعه می کند و از آنها برای حل مسأله سود می برد. اختلال در بیرون کشیدن خاطرات و اطلاعات اختصاصی و روشن از حافظه شخصی می تواند فرد را در حل مسأله ناتوان سازد.

نظریه پردازان شناختی (ویلیامز و برودبنت، ۱۹۸۶؛ ایوانز و همکاران، ۱۹۹۲) معتقدند که احساس ناکامی و نیز احساس خشم بر اثر شکست مکرر در حل مسایل و مشکلات زندگی می تواند

همان طور که در جدول ۲ آمده است، گروه بیمار در پاسخ به محرک واژه های خوشایند و خنثی در مقایسه با محرک واژه های ناخوشایند، تعداد کلمات کمتری به کار برد. این مسأله در گروه بهنجار برعکس بود؛ به این معنی که افراد بهنجار در پاسخ به محرک واژه های خوشایند و خنثی (نسبت به محرک واژه های ناخوشایند) از تعداد کلمات بیشتری استفاده کردند.

نتیجه گیری

هدف اصلی این پژوهش بررسی و مقایسه عملکرد حافظه رویدادی (شامل تأخیر زمانی، اختصاصی بودن و تعداد کلمات به-کاررفته در پاسخ به محرک واژه های خوشایند، خنثی و ناخوشایند) در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی و گروه غیربیمار بود. از بین سه عنوان مورد مقایسه در این هدف که به صورت سه فرضیه مطرح شد، فرضیه اول رد شد و تأخیر زمانی در بازیابی از حافظه رویدادی در دو گروه تفاوت معناداری نشان نداد. در پژوهش های مرور شده، مطالعه ای که به طور اختصاصی به این مسأله در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی پرداخته باشد، یافت نشد.

فرضیه دوم در مورد «کمتر اختصاصی بودن بازیابی از حافظه رویدادی در گروه بیمار (در مقایسه با گروه غیربیمار)» تأیید شد. این نتیجه از آن جهت که بیش کلی گرا بودن در بازخوانی از حافظه سرگذشتی را در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی تأیید می کند، مشابه نتایج مطالعات هرد و همکاران (۱۹۹۹)؛ جونز و همکاران (۱۹۹۹)؛ و استارتاپ و همکاران (۲۰۰۱) در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی و نیز ویلیامز و برودبنت (۱۹۸۶) و ایوانز و همکاران (۱۹۹۲) در بیماران خودکشی کننده است، اما با پژوهش آرنتز و همکاران (۲۰۰۲) که فرضیه ارتباط اختلال شخصیت مرزی و حافظه بیش-کلی گرا را در یک مطالعه اولیه در ۱۰ بیمار مورد بررسی قرار داده بودند، ناهمخوان است.

نتایج آزمون فرضیه سوم در مورد «استفاده بیماران از تعداد کلمات کمتر در بازیابی از حافظه سرگذشتی» نشان داد که افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی، برای بیان خاطرات خود، نسبت

1-Scott
3- Garland
5- Willhelm
7- Florin
9- Mathews
11- Peeters
13- Hollan

2- Stanton
4- Ferrier
6- Baer
8- Burke
10- Wessel
12- Merckelback

آگاهی^۳ نیز که در کاهش بیش کلی گرایي در بیماران مبتلا به افسردگی موثر بوده است (ویلیامز، تیزدیل^۴، سگال^۵ و سولسبای^۶، ۲۰۰۰) می‌تواند در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی مورد بررسی قرار گیرد.

محدودیت‌های پژوهش شامل نادر بودن بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی که بر اساس DSM-IV در محور I دچار اختلال دیگری نباشند، مشکلات برخی از بیماران در آزمون حافظه شخصی، در فهم صحیح معنای بعضی واژه‌های خنثی از قبیل فرعی و ثابت (که البته این مشکل در گروه شاهد کمتر بود)، و استفاده از بیماران زن به دلیل محدودیت زمانی بود.

بر اساس نتایج این مطالعه، موارد زیر پیشنهاد می‌شود:

- ۱) انجام پژوهش در زنان و مردان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی، برای این که یافته‌ها در دو گروه بررسی و مقایسه شود.
- ۲) به دلیل مشکلی که در مورد واژه‌های خنثی وجود داشت (و در بخش محدودیت‌ها به آن اشاره شد)، پیشنهاد می‌شود در آزمون بازیابی خاطرات سرگذشتی (AMRT) بازنگری شود.
- ۳) در پژوهش‌های آینده می‌توان از آزمون حل مسأله استفاده کرد تا طی آن رابطه حافظه بیش کلی گرا با توانایی حل مسأله در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی مورد بررسی قرار گیرد.

دریافت مقاله: ۱۳۸۷/۳/۴؛ پذیرش مقاله: ۱۳۸۷/۱۲/۲۶

1-Goddard
2-Burton
3-Mindfulness-Based Cognitive Therapy
4-Teasdale
5-Segal
6-Soulsby

فرد را مستعد خودکشی کند (رفتاری که در بیماران دچار اختلال شخصیت مرزی شیوع فراوانی دارد) بازیابی بیش کلی گرا در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی ممکن است به آنها کمک کند تا از خاطرات تخریب‌کننده اجتناب کنند و بیش-کلی گرایي برای فرد عملکرد انطباقی داشته باشد (استارتاپ و همکاران، ۲۰۰۱).

گودارد^۱، درتیشل و برتون^۲ (۱۹۹۶) عقیده دارند که مسایل موجود در زندگی هر فرد با رمزگردانی، ذخیره‌سازی و بازیابی از خاطرات خاص قابل حل خواهد بود، و مداخلات حل مسأله می‌تواند به‌عنوان یک راهکار درمانی مورد توجه ویژه قرار گیرد که به‌طور ضمنی به افراد راه‌های بهبود رمزگردانی و بازیابی از خاطرات سرگذشتی را یاد می‌دهد.

با توجه به پاره‌ای از پژوهش‌ها و نیز پژوهش حاضر، به نظر می‌رسد زنجیره اطلاعات رویدادی زندگی (رمزگردانی، اندوزش و تبدیل آن در جهت تفکر و سرانجام واکنش به وقایع) در عملکرد بسیار مهم حافظه، در طول زندگی بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی، دستخوش آسیب شده و به‌عنوان یک عامل آسیب‌شناسی روانی مطرح باشد. با توجه به اظهارات نظریه-پردازان در مورد مشکلات و عواقب نقص در حافظه سرگذشتی، این مشکل می‌بایست مورد توجه و بررسی بیشتر قرار گیرد و راهکارهایی در جهت کاهش این نقص در بیماران آزموده شود. با توجه به یافته‌های موجود به نظر می‌رسد آموزش مهارت‌های حل مسأله و مهارت بازیابی اختصاصی از حافظه به بهبود بازیابی بیش کلی گرا منجر گردد. تأثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن-

منابع

- بختیاری، م. (۱۳۷۹). بررسی اختلالات روانی در مبتلایان به اختلال بدشکلی بدن. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، انستیتو روان‌پزشکی تهران.
- رحیمی درآباد، پ. (۱۳۷۸). استفاده از یک مدل تجربی (آزمایشگاهی) برای بررسی کمبودها در فرآیند بازخوانی از حافظه شخصی در اقدام‌کنندگان به خودکشی. پایان‌نامه پزشکی عمومی. دانشگاه علوم پزشکی تهران.
- رحیمی درآباد، م. (۱۳۷۹). مقایسه فرآیند شناختی در بیماران افسرده دارای افکار خودکشی و بیماران افسرده فاقد افکار خودکشی. پایان‌نامه پزشکی عمومی. دانشگاه علوم پزشکی تهران.
- کاویانی، ح. (۱۳۸۴). عملکرد حافظه سرگذشتی و مسأله گشایی در پیوستار زندگی - مرگ: پژوهشی در بیماران افسرده. اندیشه و رفتار، ۱۱(۱)، ۵۱-۴۳.
- کاویانی، ح.، رحیمی، پ.، و نقوی، ح. ر. (۱۳۷۸). بررسی کمبودها در بازخوانی از حافظه شخصی در اقدام‌کنندگان به خودکشی. فصلنامه تازه‌های علوم شناختی، ۱(۲ و ۳)، ۲۳-۱۶.

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.)*. Washington, DC: Author.
- Arntz, A., Meeren, M., & Wessel, I. (2002). No evidence for overgeneral memories in borderline personality disorder. *Behaviour Research and Therapy*, *40*, 1063-1068.
- Burke, M., & Mathews, A. (1992). Autobiographical memory and clinical anxiety. *Cognition & Emotion*, *6*, 23-35.
- Clarkin, J. F. (1996). Treatment of personality disorders. *British Journal of Clinical Psychology*, *35*, 641-642.
- Cowdry, R. W., Pickar, D., & Davies, R. (1985). Symptoms and EEG findings in the borderline syndrome. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, *15*, 201-211.
- Dagleish, T., Spinks, H., Yiend, J., & Kuyken, W. (2001). Autobiographical memory style in seasonal affective disorder and its relationship to future symptom remission. *Journal of Abnormal Psychology*, *110*, 335-340.
- de Decker, A. D., Hermans, D., Raes, F., & Eelen, P. (2003). Autobiographical Memory specificity and trauma in inpatient adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, *32*, 22-31.
- Evans, J., Williams, J. M. G., O'Loughlin, S., & Howells, K. (1992). Autobiographical memory and problem-solving of parasuicide patients. *Psychological Medicine*, *22*, 399-405.
- First, M. B., Gibbon, M., Spitzer, R. L., Williams, J. B., & Benjamin, L. S. (1997). *User guide for the structured clinical interview for DSM-IV*. Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc.
- Goddard, L., Dritschel, B., & Burton, A. (1996). Role of autobiographical memory in social problem solving and depression. *Journal of Abnormal Psychology*, *105*, 609-616.
- Heard, J. H., Startup, M., Swales, M., Williams, J. M. G., & Jones R. S. P. (1999). Autobiographical memory and dissociation in borderline personality disorder. *Psychological medicine*, *29*, 1397-1404.
- Jones, H., Heard, M., Startup, M., Swales, M., Williams, J. M. G., & Jones, R. S. P. (1999). Autobiographical memory and dissociation in borderline personality disorder. *Psychological Medicine*, *29*, 1397-1404.
- Kaviani, H., Rahimi Darabad, P., & Naghavi, H. R. (2005). Autobiographical memory retrieval and problem-solving deficits of Iranian depressed patients attempting suicide. *Journal of Psychology and Behavioral Assessment*, *27*, 39-44.
- Mackinger, H. F., Loschin, G. G., & Leibetseder, M. M. (2000). Prediction of postnatal affective changes by autobiographical memories. *European Psychologist*, *5*, 52-61.
- McNally, R. J., Lasko, N. B., Macklin, M. L., & Pitman, R. K. (1995). Autobiographical memory disturbance in combat-related posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, *33*, 619-630.
- Paris, J. (2002). Chronic suicidality among patients with borderline personality disorder. *Psychiatric Services*, *53*, 738-792.
- Pollock, L. R., & Williams, J. M. G. (2001). Effective problem solving in suicide attempters depends on specific autobiographical recall. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *31*, 386-396.
- Schacter, D. (1992). Understanding implicit memory. *American Psychologist*, *47*, 559-569.
- Schacter, D. L., Wagner, A. D., & Buckner, R. L. (2000). Memory systems of 1999. In E. Tulving & F. I. M. Craik (Ed.), *The oxford hand book of memory* (pp. 627-643). New York: Oxford, University Press.
- Scott, J., Stanton, B., Garland, A., & Ferrier, I. N. (2000). Cognitive vulnerability in patients with bipolar disorder. *Psychological Medicine*, *30*, 467-472.
- Soloff, P. H. (2000). Psychopharmacology of borderline personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, *23*, 169-192.
- Startup, M., Heard, H., Swales, M., & Jones, B. (2001). Autobiographical memory and parasuicide in borderline personality disorder. *British Journal of Clinical Psychology*, *40*, 113-120.
- Stone, M. H. (1993). Long-term outcome in personality disorder. *British Journal of Psychiatry*, *162*, 299-313.
- Wessel, I., Meeren, M., Peeters, F., Arntz, A., & Merckelback, H. (2001). Correlates of autobiographical memory specificity: The role of depression, anxiety and childhood trauma. *Behaviour Research Therapy*, *39*, 409-421.
- Wilhelm, S., McNally, R. J., Baer, L., & Florin, I. (1997). Autobiographical memory in obsessive-

compulsive disorder. *British Journal of Clinical Psychology*, 36, 21-31.

Williams, J. M. G., & Broadbent, K. (1986). Autobiographical memory in suicide attempters. *Journal of Abnormal Psychology*, 95, 144-149.

Williams, J. M. G., & Dritschel, B. H. (1988). Emotional disturbance and the specificity of autobiographical memory. *Cognition and Emotion*, 2, 221-234.

Williams, J. M. G., Ellis, N. C., Tyers, C., Healy, H., Rose, G., & MacLeod, A. K. (1996). The specificity of autobiographical memory and imageability of the future. *Memory & Cognition*, 24, 116-125.

Williams, J. M. G., Teasdale, J. D., Segal, Z. V., & Soulsby, J. (2000). Mindfulness-based cognitive therapy reduce overgeneral autobiographical memory in formerly depressed patients. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 150-155.

Williams, J. M. G., Barnhofer, T., Creane, C., & Beck, A. T. (2005). Problem solving deteriorates following mood challenge in formerly depressed patients with a history of suicidal ideation. *Journal of Abnormal Psychology*, 114, 421-431.

Williams, M. D., & Hollan, J. D. (1981). Processes of retrieval from very long-term memory. *Cognitive Sciences*, 5, 87-119.